

MARIA AUGUSTA BOLSANELLO

# A Educação da Gestante Como Medida de Prevenção da Excepcionalidade Infantil

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração em Recursos Humanos e Educação Permanente, do Setor de Educação, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

CURITIBA  
1991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

P A R E C E R

Defesa de Dissertação da Mestranda MARIA AUGUSTA BOLSANELLO para obtenção do Título de "Mestre em Educação".

Os abaixo-assinados LAURO DA SILVA BECKER, FLÁVIO JOSÉ ARNS e EGÍDIO JOSÉ ROMANELLI, argüiram nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte dissertação: A EDUCAÇÃO DA GESTANTE COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO DA EXCEPCIONALIDADE INFANTIL.

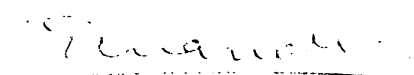
Procedida a arguição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está apta ao Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO tendo merecido a apreciação abaixo:

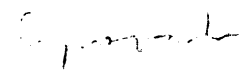
Professores

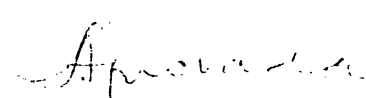
Apreciação

  
LAURO DA SILVA BECKER

  
FLÁVIO JOSÉ ARNS

  
EGÍDIO JOSÉ ROMANELLI

  
Aprovada

  
Aprovada

Curitiba, 17 de junho de 1991.

  
Prof. Dr. José Alberto Pedra  
Coordenador

EDUCAÇÃO DA GESTANTE COMO MEDIDA DE  
PREVENÇÃO DA EXCEPCIONALIDADE INFANTIL

por

MARIA AUGUSTA BOLSANELLO

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração em Recursos Humanos e Educação Permanente, para a comissão formada por:

ORIENTADOR: Prof. Dr. LAURO DA SILVA BECKER

CO-ORIENTADOR: Profa. Mestra GILDA MOREIRA WEISS

MEMBROS DA BANCA: Prof. Dr. EGIDIO JOSE ROMANELLI  
Prof. Dr. FLAVIO ARNS

Profa. Dra. ZELIA MILLED PAVAO

Profa. Mestra MARILEA GREIN B.DE  
ALMEIDA

Curitiba, 17 de junho de 1991.

Às tantas Marias,  
que em Maria, Mulher e Luz,  
silenciosas e permanentes ,  
educam as várias gerações.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Lauro da Silva Becker,  
À Profa. Mestra Gilda Moreira Weiss,  
À Profa. Mestra Mariléia Grein B. de Almeida  
Ao Prof. Dr. José Egídio Romanelli,  
Ao Prof. Dr. Flávio Arns  
Ao Prof. Mestre José Frederico de Mello,  
Ao Prof. Mestre Archimedes Peres Maranhão  
À Profa. Dra. Rejane Medeiros Cervi,  
À Profa. Dra. Zélia Milleo Pavão,  
Ao Diretor do Hospital Victor do Amaral, Dr. Edson Perusso,  
Ao médico ginecologista, Dr. Egard Atos Barddal,  
À Psicóloga Márcia Agatti,  
Aos Professores do Mestrado,  
Aos Funcionários do Mestrado,  
Aos Colegas do Mestrado,  
Aos Amigos do Instituto de Educação Pr.,  
Ao Corpo de Enfermagem do Hospital Victor do Amaral,  
As Parturientes entrevistadas,

**... vozes do bom senso, da moderação,  
do equilíbrio, do incentivo e da  
colaboração.**

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro.

Aos meus filhos, Patrícia e Aurelinho,  
e ao meu marido Aurélio,

**sóis da minha vida a iluminar o meu mundo.**

## SUMARIO

|   |     |
|---|-----|
| <u>LISTA DE TABELAS</u> .....   | vii |
| <u>RESUMO</u> .....   | ix  |
| <u>CAPITULO 1 - SUPORTE BASICO DE PESQUISA</u> .....  | 01  |
| 1.1 Justificativa .....   | 01  |
| 1.2 Abordagem do problema .....   | 02  |
| 1.3 Pressupostos .....  | 07  |
| 1.4 Objetivos .....   | 08  |
| 1.5 Definição de termos .....   | 09  |
| <u>CAPITULO 2 - SUPORTE TEORICO DE PESQUISA</u> .....   | 12  |
| 2.1 Aspectos bio-fisiológicos da gravidez relacionados<br>com a etiologia da excepcionalidade infantil .....                              | 12  |
| 2.1.1 Efeitos da fertilidade não regulada .....   | 15  |
| 2.1.2 Complicações na gravidez .....  | 25  |
| 2.1.3 Infecções pré-natais .....  | 29  |
| 2.1.4 Uso de produtos farmacológicos e tóxicos .....  | 37  |
| 2.1.5 Desnutrição materna .....   | 44  |
| 2.2 Aspectos biopsicossociais da gravidez relacionados<br>com a etiologia da excepcionalidade infantil .....                              | 46  |
| 2.2.1 Aspectos sócio-econômicos .....   | 47  |
| 2.2.2 Aspectos psicológicos .....   | 49  |
| 2.2.3 Aspectos relacionados à adolescência .....  | 52  |
| 2.2.4 Aspectos educacionais .....   | 54  |
| 2.3 Aspectos relacionados com a assistência pré-natal<br>inadequada e sua relação com a etiologia da excep-<br>cionalidade infantil ..... | 56  |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 2.4   | A assistência pré-natal como processo de Educação permanente da gestante na prevenção da excepcionabilidade infantil ..... | 60  |
| 2.4.1 | A assistência pré-natal como um processo de Educação Permanente .....  | 62  |
| 2.4.2 | A assistência pré-natal como um processo de formação de Recursos Humanos .....   | 65  |
|       | <u>CAPITULO 3 - METODOLOGIA</u> .....  | 66  |
| 3.1   | Tipo de pesquisa .....   | 66  |
| 3.2   | Area de abrangência .....  | 66  |
| 3.3   | Etapas da pesquisa .....   | 67  |
| 3.3.1 | Da pesquisa teórica .....  | 67  |
| 3.3.2 | Da pesquisa de campo .....   | 67  |
|       | <u>CAPITULO 4 - ANALISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS</u> .....   | 71  |
|       | <u>CAPITULO 5 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES</u> .....   | 96  |
|       | <u>RESUME</u> .....  | 105 |
|       | <u>ANEXOS</u> .....  | 107 |
|       | <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....  | 122 |

## LISTA DE TABELAS

|    |  |    |
|----|--|----|
| 1  | Distribuição das parturientes segundo a idade .....  | 71 |
| 2  | Distribuição das parturientes segundo a idade da primeira gravidez .....   | 72 |
| 3  | Distribuição das parturientes segundo o estado civil .....   | 73 |
| 4  | Distribuição das parturientes segundo a paridade ...   | 73 |
| 5  | Distribuição das parturientes segundo o intervalo de nascimento do último filho em relação ao anterior, em anos .....                  | 74 |
| 6  | Distribuição das parturientes segundo o desejo de maiores informações sobre métodos anticoncepcionais .....                            | 75 |
| 7  | Distribuição das parturientes segundo o comparecimento da assistência pré-natal .....  | 76 |
| 8  | Distribuição das parturientes segundo o motivo do comparecimento à assistência pré-natal .....   | 77 |
| 9  | Distribuição das parturientes segundo o trimestre de gestação em que iniciou a assistência pré-natal .....                             | 77 |
| 10 | Distribuição das parturientes segundo o número de consultas realizadas na assistência pré-natal ...                                    | 78 |
| 11 | Distribuição das parturientes segundo o tempo de espera no serviço de assistência pré-natal .....                                      | 79 |
| 12 | Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre o uso de fumo, álcool e drogas na gravidez e seus efeitos sobre o feto ..... | 80 |
| 13 | Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre intercorrências clínicas na gravidez e seus efeitos sobre o feto .....       | 80 |
| 14 | Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre a frequência ao pré-natal e seus efeitos sobre o feto .....                  | 81 |



|    |  |    |
|----|--|----|
| 15 | Distribuição das parturientes segundo o tipo de parto .....  | 83 |
| 16 | Distribuição dos recém-natos segundo a vitalidade fetal .....  | 84 |
| 17 | Distribuição dos nascimentos segundo o tempo gestacional .....   | 84 |
| 18 | Distribuição dos recém-nascidos segundo o peso ao nascer .....   | 85 |
| 19 | Distribuição das parturientes segundo a renda familiar .....   | 86 |
| 20 | Distribuição das parturientes segundo as principais intercorrências clínicas durante a gravidez ...  | 86 |
| 21 | Distribuição das parturientes segundo o exercício de atividade profissional .....  | 87 |
| 22 | Distribuição das parturientes segundo o número de horas de exercício de atividade profissional .....   | 88 |
| 23 | Distribuição por trimestre, do exercício profissional das parturientes .....   | 88 |
| 24 | Distribuição das parturientes segundo a formulação de perguntas ao médico na assistência pré-natal .....   | 89 |
| 25 | Distribuição das parturientes segundo a informação recebida do médico e/ou enfermeira sobre o porquê da realização de exames de sangue e urina, controle de peso e medida de pressão ..... | 90 |
| 26 | Distribuição das parturientes segundo o entendimento do modo de falar do médico durante a assistência pré-natal .....  | 90 |
| 27 | Distribuição das parturientes segundo a necessidade de orientação para suas dúvidas e incertezas durante a gestação .....  | 93 |
| 28 | Distribuição das parturientes segundo a escolaridade .....   | 94 |

## RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo estudar as principais causas da excepcionalidade infantil, decorrentes do período gestacional e identificar os fatores psicossociais que as motivam, precisando as medidas educacionais necessárias à sua prevenção.

Entretanto, devido a complexidade do tema, a pesquisa apresenta limitações provenientes de sua própria natureza.

Os pressupostos que sustentaram a pesquisa foram: a) a gestante não possui informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre cuidados durante a gestação e prevenção da excepcionalidade infantil; b) a gestante não possui informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre frequência ao pré-natal e prevenção da excepcionalidade infantil; c) a gestante necessita de um espaço, dentro do atendimento pré-natal, onde possa receber a informação e a orientação de que precisa para evitar a morte ou a excepcionalidade infantil e onde possa expor suas dúvidas e ansiedades decorrentes do período gestacional; d) o atendimento pré-natal é condição necessária para prevenir a excepcionalidade infantil. Desta forma, o pré-natal, além do atendimento médico, deve propiciar à gestante, um atendimento psico-educacional, desencadeando-se num processo de formação de Recursos Humanos e Educação Permanente.

A revisão da literatura foi efetuada a partir de um estudo sistemático, dentro do qual foram destacados os seguintes

pontos: a) aspectos bio-fisiológicos e psicossociais da gravidez, relacionados com a etiologia da excepcionalidade; b) aspectos relacionados à assistência pré-natal inadequada e sua relação com a excepcionalidade infantil; c) a assistência pré-natal como processo de educação permanente e formação de recursos humanos na prevenção da excepcionalidade infantil.

Foram entrevistadas 50 parturientes, no Hospital Victor do Amaral, em Curitiba. A confrontação dos dados obtidos evidenciou que, apesar do grupo estudado pertencer a nível sócio-econômico baixo, encontrou-se dentro dos padrões considerados ideais para a reprodução e para a frequência ao pré-natal. A maioria das entrevistadas entende que fatores como frequência ao pré-natal, complicações, doenças e vícios (fumo, álcool e drogas) na gestação, atingem a saúde do recém-nascido, contudo não são capazes de lhe causar excepcionalidade. As parturientes demonstraram predomínio de crenças culturais e deficiência educativa em relação à etiologia de um bebê excepcional, apesar de possuírem níveis de escolaridade. Por outro lado, a maioria do grupo estudado apontou as deficiências educacionais da assistência pré-natal, e tentando superá-las, buscou informações e orientações para suas dúvidas e incertezas junto a parentes e amigas. Concluiu-se que a assistência pré-natal pode e deve constituir-se num espaço de educação permanente e formação de recursos humanos, com impacto altamente positivo na promoção da saúde materno-infantil e prevenção da excepcionalidade. Para tanto, sugeriu-se a mobilização dos órgãos

governamentais, dos profissionais envolvidos na área e da Universidade, no compromisso com as necessidades e aspirações da mulher gestante, no respeito aos princípios da igualdade e da justiça social.

## CAPITULO 1

### SUPORTE BASICO DE PESQUISA

#### 1.1 JUSTIFICATIVA

O estudo apresentado liga-se essencialmente às atividades profissionais e acadêmicas desenvolvidas dentro da Psicologia e da Educação.

A pesquisadora selecionou o tema com base em suas experiências em Psicologia, na atuação em psicoprofilaxia da gravidez e do parto, tanto em hospitais públicos, no atendimento à mulher carente, como em clínica particular, em atendimento à mulher privilegiada socio-econômicamente. Estas experiências revelaram que a gestante normalmente carece de informações básicas sobre reprodução, doenças e complicações na gravidez e no parto. Ignora, também, as consequências destas doenças e complicações para o feto, bem como informações básicas de saúde a fim de garantir o desenvolvimento adequado do bebê em seu primeiro ano de vida. Possui também noções fantasiosas e distorcidas sobre a etiologia e prevenção da excepcionalidade, de uma forma geral.

Na Educação, o significado deste estudo está centrado na experiência de ensino envolvendo a formação de professores e técnicos para atuação em Educação Especial. Sua vivência permitiu verificar que estes profissionais possuem um alto nível de desinformação em questões básicas de saúde,

sobretudo as ligadas à prevenção da excepcionalidade. Esta desinformação atinge inclusive profissionais envolvidos diretamente com a área da saúde.

Como pessoa, na condição de mulher, a preocupação com a gestante e com a prevenção da excepcionalidade infantil sempre esteve presente em seus estudos e reflexões.

Na condição de aluna do Curso de Mestrado em Educação, o tema em apreço vai de encontro a uma perspectiva de desenvolvimento de Recursos Humanos e de Educação Permanente, uma vez que a preparação psicopedagógica da gestante como medida de prevenção da excepcionalidade faz parte deste contexto.

Por outro lado, no campo da literatura, muitos trabalhos foram elaborados a respeito do tema, mas nenhum deles encerra a preocupação levantada neste estudo.

## 1.2 ABORDAGEM DO PROBLEMA

Segundo FALKNER (1979), é objetivo fundamental da procriação gerar crianças que cheguem em saúde e felicidade à idade adulta e assim permaneçam durante o resto de suas vidas. Cada vez maior é a constatação de que a base para esse estado, por todos os motivos desejável, é lançada nas primeiras fases do crescimento e desenvolvimento infantis.

O crescimento e o desenvolvimento começam na concepção, e o nascimento, apesar de representar o fato mais importante para a família envolvida, não tem comparativamente falando,

idêntica importância biomédica. Pode-se inferir, portanto, que muitos segredos e pressupostos da saúde pós-natal ocultam-se e podem ser encontrados no período pré-natal. De acordo com SIQUEIRA (s.d.), este fato toma proporção considerável ao se verificar que o grupo materno-infantil (menores de 18 anos e mulheres com idade fértil de 15-49 anos) ocupa lugar de destaque no contexto latino-americano, representando 75% de toda população de cada país onde esta é eminentemente jovem.

Contudo, o estudo da mortalidade e morbidade relacionadas à maternidade e nascimento, apresenta-se com características verdadeiramente constrangedoras em países em desenvolvimento, entre eles incluído o Brasil.

Estimativas da realidade brasileira, segundo dados da UNICEF/IBGE (1982), revelam que o coeficiente de mortalidade infantil é de 90 mortes por mil nascidos vivos, sendo que no Nordeste o índice é de até 200 por mil nascidos vivos. Neste quadro sobressaem-se também as altas taxas de mortalidade materna, que é ocasionada predominantemente por falta de assistência materno-infantil adequada, levando a danos permanentes na saúde da mulher. A principal causa destas mortes se refere às afecções advindas do período perinatal. Por outro lado, segundo a OMS (1984), o número de deficientes físicos, sensoriais e mentais é estimado em aproximadamente 10% da população mundial, sendo que este índice pode chegar a 13% e o que é mais grave: as dimensões do problema, tanto em

seus aspectos quantitativos como qualitativos só tendem a aumentar.

De acordo com SIQUEIRA (s.d.), os dados mostram que cerca de 30% da população infantil brasileira apresenta algum grau de desvio no desenvolvimento; metade destas crianças são portadoras de deficiência mental e o restante apresenta outros tipos de deficiência. Neste quadro, é marcante a influência do atendimento pré e perinatal.

Na redução da mortalidade e excepcionalidade infantil, é de suma importância a adoção de medidas preventivas, a fim de garantir a qualidade de vida pré e pós-natal. Para isso, três enfoques poderiam ser utilizados: disponibilidade de serviços de saúde; higiene ambiental; e educação em saúde.

Contudo, talvez seja a educação um dos enfoques preventivos mais complexos, uma vez que não se refere apenas à informações em saúde, mas mais do que isso, à mudança do comportamento humano.

A maior parte dos grandes problemas de saúde e dos óbitos prematuros em todo o mundo são evitáveis, segundo ABDELMOUMENE (1988), com alterações do comportamento e com pouca despesa.

Esta dimensão sociocultural mostra que a saúde não é um dom que se tem automaticamente, nem um produto que pode ser comprado, mas o resultado de cada ser humano, de cada família, de cada comunidade. Isto torna necessário fornecer a cada pessoa a vontade de gozar de boa saúde, o que implica clarificar as idéias sobre o verdadeiro significado da saúde



na vida dos indivíduos e dos povos e encorajar as pessoas a encontrar no seu meio ambiente incentivo e meios para apoiar essa vontade.

Dar uma importância prioritária à saúde é noção que pode ser desenvolvida e que tem um valor inestimável, pois permite o diálogo entre os indivíduos e as instituições que os devem servir, diálogo por meio do qual os dois poderão progredir.

Segundo NAKAJIMA (1988), a maior parte das mortes e excepcionalidade infantis são evitáveis com alterações no comportamento da gestante.

Embora não haja dúvida de que o desejo mais forte de qualquer mãe é ter crianças saudáveis, algumas de suas práticas, principalmente relacionadas com a sua cultura, podem ser nocivas. Uma importante função nas estratégias educacionais é influenciar as mães para alterarem tais práticas nocivas e apoiar as que podem ser benéficas. Em outras palavras, deve-se fornecer informações suficiente às mães para que estas se tornem motivadas a mudar suas crenças e atitudes, bem como adotar novos padrões de comportamento.

Estudos sobre 160 mil mulheres em cerca de 30 países em desenvolvimento, analisados pela OMS (1986), mostram que quanto mais alto for o grau de instrução mais baixa é a mortalidade infantil. A análise mostra que em todos os ambientes econômicos, as crianças de mães instruídas ou informadas têm mais possibilidades de sobrevivência do que as mães iletradas. Mesmo se as mães forem pobres, se tiverem

tido alguma instrução, os seus bebês têm maiores possibilidades de sobreviver.

Embora a pobreza seja um fator de risco, o ato do indivíduo submeter-se ou não a recomendações médicas independe de barreiras financeiras. Isso é decorrência, sobretudo, de sua personalidade individual, do seu sistema de valores e do seu bom senso, que afinal condicionam o comportamento de modo variável e imprevisível.

Assim sendo, o estudo do comportamento das gestantes em relação à assistência materno-infantil assume particular significado para a prática educativa, visto que a prevenção da excepcionalidade infantil no período gestacional depende diretamente do comportamento da mãe, de sua resolução em recorrer à assistência pré-natal e de sua obediência à orientação médica.

O presente estudo não pretende abordar o tema em toda a sua complexidade e profundidade. Neste sentido, a pesquisa enfocará as seguintes questões específicas que nortearão a ordem metodológica do estudo:

- Terá a gestante informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre cuidados durante a gestação e prevenção da excepcionalidade infantil?

- Terá a gestante informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre frequência ao pré-natal e prevenção da excepcionalidade infantil?

- Terá a gestante necessidade de um espaço dentro do atendimento pré-natal, onde possa receber a orientação de que precisa para evitar a morte ou a excepcionalidade infantil e onde possa expor suas dúvidas e ansiedades decorrentes do período gestacional?

- De que forma o atendimento pré-natal pode constituir-se num processo de educação permanente da gestante?

### 1.3 PRESSUPOSTOS

O presente estudo parte dos seguintes pressupostos:

- A gestante não possui informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre cuidados durante a gestação e prevenção da excepcionalidade infantil.

- A gestante não possui informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre frequência ao pré-natal e prevenção da excepcionalidade infantil.

- A gestante necessita de um espaço, dentro do atendimento pré-natal, onde possa receber a informação e a orientação de que precisa para evitar a morte ou a excepcionalidade infantil e onde possa expor suas dúvidas e ansiedades decorrentes do período gestacional.

- O atendimento pré-natal é condição necessária para prevenir a excepcionalidade infantil. Desta forma, o pré-natal, além do atendimento médico, deve propiciar à

gestante um atendimento psico-educacional, desencadeando-se num processo de formação de Recursos Humanos e Educação Permanente.

#### 1.4 OBJETIVOS

##### 1.4.1 Geral

- Estudar as principais causas da excepcionalidade infantil decorrentes do período gestacional e identificar os fatores psicossociais que as motivam, precisando as medidas educacionais necessárias à sua prevenção.

##### 1.4.2 Específicos

- Verificar se a gestante possui informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre cuidados durante a gestação e a prevenção da excepcionalidade infantil.

- Verificar se a gestante possui informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre frequência ao pré-natal e prevenção da excepcionalidade infantil.

- Levantar as expectativas e necessidades educacionais da mulher gestante no que condiz à preparação para a gravidez e o parto.

### 1.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS

- Deficiência: O mesmo que excepcionalidade.
- Excepcionalidade: Condição do indivíduo que apresenta distúrbios em seu desenvolvimento, evidenciados por deficiências físicas, sensoriais ou mentais, exigindo serviços educacionais e sociais especiais para desenvolver a sua capacidade máxima.
- Gestante ou Grávida: Condição da mulher que abriga, em seu útero, embrião ou feto.
- Morbidade Infantil: Comprometimento do estado de saúde da criança, no pré ou pós-natal, podendo, inclusive, ocasionar-lhe excepcionalidade.
- Mortalidade Infantil: Morte de criança a partir da vigésima oitava semana de gestação até o primeiro ano de vida.
- Mortalidade Materna: Morte de mulher durante a gestação ou durante os 42 dias completos após o final da gravidez (independentemente de sua duração ou localização), por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por seu cuidado (OMS, 1972).

- Método

**Anticoncepcional:** Todo agente utilizado para impedir a reprodução, seja ele natural, mecânico ou químico.

- **Natimorto:** Expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gravidez, de conceito morto (OMS, 1972).

- **Nativivo:** Expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gravidez, de conceito vivo (OMS, 1972).

- **Neomorto:** Morte de recém-nascido, durante (neomorto precoce) ou após (neomorto tardio) os primeiros sete dias pós-natais (OMS, 1972).

- **Parturiente:** Condição da mulher imediatamente ou até 72 horas após o parto.

- **Período Gestacional:** Compreende o número de semanas completas transcorridas entre o primeiro dia da última menstruação da mãe e a data de seu parto (OMS, 1972).

- **Período Perinatal:** Estende-se da vigésima oitava semana de gestação até o sétimo dia completo de vida pós-natal do recém-nato (OMS, 1972).

- **Peso ao Nascer:** Primeiro peso do feto ou recém-nato, obtido após o nascimento, de preferência na primeira hora de vida e com a criança despida (OMS, 1972).
- **Recém-nato a Termo:** Nascido de gravidez com duração de 37 a 42 semanas (OMS, 1972).
- **Recém-nato Prematuro:** Nascido de gravidez inferior a 37 semanas (OMS, 1972).
- **Risco:** Probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado (OMS, 1972).

## CAPITULO 2

### SUPORTE TEORICO DA PESQUISA

#### 2.1 ASPECTOS BIO-FISIOLOGICOS DA GRAVIDEZ RELACIONADOS COM A ETIOLOGIA DA EXCEPCIONALIDADE INFANTIL

Afecções várias decorrentes de perturbações pré e perinatais ocorrem em todos os países, porém com maior intensidade nos menos desenvolvidos. Os dados, segundo ACTON (1981), são conclusivos: do total de nascimentos registrados a cada ano no mundo, 75% ocorrem em países em desenvolvimento, onde o risco de acidentes perinatais é várias vezes superior ao dos países mais desenvolvidos.

Com efeito, as afecções advindas do período perinatal ocupam o primeiro lugar na mortalidade do primeiro ano de vida, de acordo com dados do Ministério da Saúde do BRASIL (1982). Infere-se que esse alto índice de mortalidade evidencia apenas a ponta do "iceberg": um grande número de sobreviventes deixarão de usufruir os benefícios de um desenvolvimento físico e mental saudáveis.

As principais causas das afecções do período perinatal, como confirmam os dados do Ministério da Saúde do BRASIL (1983), referem-se aos transtornos relacionados à gestação de curta duração e peso baixo ao nascer.

Convém explicar o significado destes termos.



Em 1972, a Comissão de Metodologia da OMS recomendou que se designasse como gestação de curta duração, os fetos nascidos antes de completarem 37 semanas de gestação; e recém-nascidos de baixo peso ao nascer (BPN), aqueles com peso inferior a 2.500 g., havendo concordância entre os estudiosos na aceitação desta classificação.

Basicamente, há dois tipos de BPN:

- o das crianças prematuras (advindas de gestação de curta duração, portanto nascidas antes do termo normal da gravidez);

- o das crianças nascidas ao termo normal da gravidez. Os bebês prematuros nascem normalmente pesando menos de 2.500 g e por isso necessitam de cuidados especiais, mesmo se têm o peso normal para a sua idade de gestação. Já o peso inferior a 2.500 g em bebês nascidos a termo indica que estes não se desenvolveram devidamente no útero materno.

Convém ressaltar a posição de PUFFER e SERRANO (1975), que se refere à criança com peso deficiente ao nascer (2501 - 3000 gramas) como um indicador de problemas de saúde na infância. De fato, ARENO (1984) estudando algumas medidas antropométricas e a idade gestacional de 303 neonatos nascidos em condições aparentes de saúde e não apresentando nenhum sintoma ou sinal clínico de patologia nas primeiras 24 horas de vida, detectou 43% de crianças desnutridas entre aquelas que nasceram com 2500 a 3000 gramas de peso, evidenciando a incidência do grupo de neonatos com peso deficiente e sua importância nos programas de saúde infantil.

As crianças nascidas com baixo peso constituíram 17% do total de nascimentos vivos, ocorridos em todo mundo, em 1979, segundo um estudo inicial de âmbito geral da OMS, relatado por FALKNER (1979), e que examinou os indicadores disponíveis do problema em escala mundial. De acordo com estes dados, estima-se que 21 milhões de bebês tiveram peso baixo ao nascer, pesando 2.500 g ou menos.

A grande maioria, mais de 19 milhões, ou 90% desses nascimentos, ocorreu no mundo em desenvolvimento. A nível global, isto significa que cerca de um em cada 6 recém-natos tem peso baixo ao nascer, mas a incidência não tem distribuição uniforme em todo o globo. FALKNER (1979) relata que países em desenvolvimento, a relação chega a ser de apenas 1 para 17, sendo que a maior parte do peso baixo ao nascer observado nestes países ocorre em bebês prematuros (gestação de curta duração).

Contudo, segundo VIEDMA (1988), nos países em desenvolvimento, a grande proporção de crianças com menos de 2.500 g é de bebês nascidos de gravidez a termo.

O peso da criança ao nascer, de acordo com a OMS (1981), é universalmente e em todos os grupos populacionais, o mais importante fator determinante das probabilidades de sobrevivência ou deficiência do recém-nascido.

Para a criança, as consequências prováveis da subnutrição ou debilidade da saúde da mãe, senão da combinação das duas coisas, serão o retardamento do crescimento fetal, o nascimento prematuro ou a ocorrência das duas condições.

De acordo com a OMS (1981), problemas respiratórios, hipotermia e suscetibilidade geral a doenças são algumas das consequências do baixo peso ao nascer. Entre as possíveis consequências a longo prazo contam-se a paralisia cerebral espástica e outros distúrbios de visão, de audição e incidência significativa de retardamento mental, que nos estudos de HUNT (1976), evidenciam inclusive uma alta porcentagem de problemas congênitos e epilepsia entre estas crianças.

É importante salientar que a condição de prematuridade ou de baixo peso ao nascer é desencadeada por inúmeros fatores adversos. Entre estes fatores, destacam-se os efeitos da fertilidade não regulada, fatores decorrentes da história gestacional e fatores psicossociais e culturais.

### 2.1.1 EFEITOS DA FERTILIDADE NÃO REGULADA

Globalmente, os altos índices de mortalidade e morbidade infantis, assim como de mortalidade materna, estão associados ou resultam de um estado nutricional ou de saúde muito pobre das mulheres, de complicações na gravidez e no parto, baixo peso ao nascer e condições específicas do período perinatal, assim como desnutrição e infecções.

Todas as condições assinaladas são afetadas pelos padrões de fertilidade, uma vez que, segundo PETROS-BARVAZIAN (1984), os efeitos da fertilidade não regulada - partos em mulheres muito jovens ou de idade avançada, partos seguidos e um

grande número de partos - se fazem sentir muito cedo, muito antes do nascimento.

#### 2.1.1.1 Idade da Mãe

Os estudos de TUFFER e SERRANO (1975) constatarem que a mortalidade materna e infantil é maior nos períodos extremos da vida reprodutiva, aumentando com a maior paridade.

Segundo PASAMANIK e LILIENTFELD (1955), as mães com menos de 20 e mais de 35 anos tendem a gerar um maior número de filhos com retardo mental do que as que têm entre 20 e 35 anos. Os autores atribuem essas dificuldades ao inadequado desenvolvimento do sistema reprodutor de algumas mulheres jovens, bem como ao progressivo declínio do funcionamento reprodutivo, nas mais idosas.

Em relação à idade da mãe, afirma BERELSON (1971) que o período ideal de reprodução é entre 18 e 35 anos de idade e não entre 15 e 45 anos. Desta forma, o período de reprodução passaria a ter a duração de 17, em vez dos 30 anos considerados como a etapa biológica natural. De acordo com o autor, isto diminuiria a incidência de mortalidade materna e infantil, abortos e complicações da gravidez. Além disso, seriam reduzidos problemas relativos à normalidade da criança, também relacionados à idade precoce ou tardia da mãe, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, geralmente acompanhados de distúrbios como epilepsia, retardo mental, surdez e cegueira.

#### 2.1.1.1.1 Idade gestacional precoce

Na atualidade, o que chama atenção e preocupa em relação à gravidez na adolescência é a sua frequência, uma vez que, além de bastante elevada, continua crescendo, transformando-se num problema médico e social preocupante. As estatísticas demonstram claramente a situação. Nos Estados Unidos, segundo SILBER (1984), um milhão de adolescentes de 15 a 19 anos e 300.000 de menos de 15 anos de idade, engravidam anualmente. Na América Latina, de acordo com ABCEDE (1984), 20 por cento das concepções ocorrem em jovens com menos de 18 anos, dados que são confirmados por CHELALA (1988). São números bastante expressivos que comprovam a gravidade e importância do problema, considerando-se, segundo KLEIN (1978), que a maioria dessas gestações predomina em adolescentes solteiras, não sendo portanto planejadas e em decorrência, quase sempre indesejadas.

Os limites de idade entre os 10-19 anos são assinalados pelo Comitê para os Problemas de Saúde do Adolescente da Organização Mundial da Saúde, na diferenciação de adolescência precoce (10-14 anos) e adolescência tardia (15-19 anos). Estes limites objetivam determinar com maior precisão os problemas relacionados com a gravidez precoce.

Já KLEIN (1978) considera dois subgrupos: o primeiro, das jovens entre 10 e 16 anos; o segundo, entre 17 e 19 anos. Entende este autor que é no primeiro grupo que se manifestam

mais nitidamente e, com maior frequência, as complicações da gravidez.

A literatura pertinente, destacada por MARCHETTI e MENAKER (1950), SARREL (1966), DOTT e FORT (1976), VALENTE et al. (1977), KLEIN (1978), DOTT e FORT (1976), CABRAL et al. (1985), MATHIAS et al. (1985), NESTAREZ et al. (1985), DARZE (1989), aborda os riscos maternos da gravidez em adolescentes, destacando uma maior incidência de doenças hipertensivas da gravidez (eclâmpsia e pré-eclâmpsia), de anemias e de infecções (especialmente urinárias e venéreas); complicações obstétricas ligadas às variáveis de parto (imaturidade pélvica, determinando a desproporção céfalo-pélvica; parto prolongado, lacerações do canal de parto; maior incidência de parto operatório; e índices mais elevados de mortalidade materna.

A nível mundial, de acordo com TYRER (1978), a gravidez é a principal causa mortis entre mulheres de 15 a 19 anos. Na maioria dos países latinoamericanos, a maternidade e o aborto estão classificados entre as 5 primeiras causas de morte entre mulheres desta faixa etária. Segundo este autor, a gravidez precoce apresenta risco de morte materna 60% mais alto que o registrado nas parturientes adultas.

Os problemas de saúde também podem afetar os bebês de mães muito jovens. Para o conceito, são várias as menções de prematuros na literatura pertinente, enfatizada por MARCHETTI e MENAKER (1950), DWYER (1974), DOTT e FORT (1976), MATHIAS et al. (1985); ou de peso baixo ao nascer, destacada por

ZLATAIK e BURMEISTER (1977), NAEYE (1981), DARZE (1989). Segundo HUNT (1976), estas duas condições podem, por sua vez, conduzir a problemas neurológicos, retardo mental, cegueira, paralisia cerebral e outros problemas de saúde, inclusive a morte fetal ou perinatal. De acordo com MONROY de V. e RIVERALES (1986), as mães de 15 anos ou menos têm o dobro de probabilidades de conceberem crianças de menor peso que as mães de 20 a 24 anos. Afirma TYRER (1978) que cerca de 6% de filhos de adolescentes morrem no primeiro ano de vida, índices estes 24 vezes mais altos do que os registrados na população geral.

NESTAREZ et al. (1975) estudaram comparativamente dois grupos de primigestas constituídos por gestantes de 9 a 15 anos e de 16 e 17 anos. Concluem que o fator mais importante de diferença entre os estudados vem a ser a prematuridade mais frequente no grupo de 9 a 15 anos. O grupo de 17 anos apresenta comportamentos mais próximos da idade adulta. A maior frequência de prematuridade pode ser atribuível, além dos fatores psicossociais, à imaturidade da fibra muscular uterina, às intercorrências médicas na gestação e à própria imaturidade física materna. Consideram os autores que a maior incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer está associada à variáveis como hipertensão arterial, anemia e infecção urinária, bem como outras variáveis não estudadas, como altura e ganho ponderal materno, tabagismo e outras, que poderiam realmente modificar a boa evolução fetal.

NESTAREZ et al. também verificaram que nas indicações de cesáreas, o sofrimento fetal ocorre de modo significativo, inclusive em primíparas de 18 e 19 anos. Detectaram também alto percentual de recém-nascidos deprimidos no primeiro minuto, em relação ao índice de Apgar, fato este também verificado por MATHIAS et al. (1985).

Contudo, um grupo significativo de estudiosos, como SARREL (1966), VALENTE et al. (1977), PINTO E SILVA (1982), MATHIAS et al. (1985), VITIELLO (1985); MONROY de V. et al. (1986), concorda que a gravidez na adolescência apresenta riscos maiores de complicações devido, principalmente, à sua associação com fatores sociais, culturais, educacionais, econômicos e psicológicos desfavoráveis à sua evolução.

#### 2.1.1.1.2 Idade gestacional tardia

A conceituação de idade materna avançada é variável na literatura. Alguns consideram 35 anos ou mais, como GRIMES e GROSS (1981) e KIRZ et al. (1985); outros, a partir dos 44 anos, como STANTON (1956) e BARROS et al. (1984); contudo, segundo MORON et al. (1989), a maioria estabelece aos 40 anos ou mais.

Em todo mundo, as taxas de mortalidade fetal e neonatal, bem como materna, aumentam com o avanço da idade da mãe.

De acordo com BUTLER e BONHAM (1963), dados levantados pela Pesquisa Britânica de Mortalidade Perinatal permitiram observar um acentuado aumento da mortalidade infantil à



medida que aumentava a idade materna, sendo aquela 54% mais elevada após o quinto parto.

LAURENTI e BUCHALLA (1985), analisando dados de 9 maternidades brasileiras, verificaram que a mortalidade perinatal é elevada entre mulheres de 35 a 39 anos, tendo porém maior significância aos 40-44 anos. Nestas mulheres, a mortalidade perinatal é o triplo do encontrado para todas as idades, sendo causada principalmente, segundo CASPI (1979), pelos estados hipertensivos, as malformações congênitas e a prematuridade.

As malformações aumentam de forma elevada na gestante de idade avançada. PETROS-BARVAZIAN (1984) afirma que as crianças que nascem quando as mães têm mais de 35 anos, correm risco maior de terem defeitos congênitos do que as crianças nascidas de mães jovens. REZENDE (1987) enfatiza as evidências estatísticas que apontam a incidência aumentada de partos prematuros e altos índices de anomalias fetais neste grupo de mulheres. Da mesma forma, LACOMME (1960) conclui que a qualidade do conceito diminui à medida que avança a idade da mãe, sobretudo acima dos 40 anos.

MORON et al. (1989) analisaram de maneira prospectiva, 205 pacientes com 40 anos ou mais, sob a orientação da disciplina de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina do Hospital São Paulo, sendo que para fins de comparação foi constituído um grupo de controle composto por 1.153 gestantes, de 10-29 anos. Os resultados em relação às principais variáveis dos recém-nascidos, revelaram que as crianças de mães com idade

avancada, apresentaram maiores índices de peso baixo ao nascer, anoxia e infecção neonatal e malformações congênitas. Quadros de anoxia neonatal (Apgar < 7) foram frequentes, influenciando o prognóstico destes conceitos. Estes dados são comprovados pela literatura revisada pelos autores. Concluíram também que a gestação em mulheres com 40 anos ou mais apresenta características biológicas não adequadas para um desempenho obstétrico satisfatório, em função da idade avançada, além da associação com várias intercorrências adversas (destacando-se rotura prematura das membranas, toxemia gravídica, placenta prévia e descolamento prematuro da placenta).

#### 2.1.1.2 Multiparidade

Em países em desenvolvimento, milhões de mulheres permanecem em gestação durante grande parte de suas vidas. De acordo com HAMMER (1981), em países como o Brasil, estas mulheres dão à luz em média, 7 ou 8 filhos vivos, ao passo que não chegam a levar a termo outros 4 ou 5 episódios de gravidez.

KIZER (1968) argumenta que, em países com elevados índices de natalidade, a grande multiparidade assume importância relevante em função de sua relativa frequência, estando em íntima relação com classes sócio-econômicas menos favorecidas, em que a ignorância e a miséria se unem, colocando em risco o futuro da geração.

BASKETT (1979) considerando grande multipara aquela que apresenta 5 ou mais partos, analisou 1005 partos numa série de 23.256. Verificou uma elevada incidência de conceptos de baixo peso, doença hipertensiva, placenta prévia e descolamento prematuro da placenta. Dados semelhantes são confirmados por ISRAEL et al. (1965).

A grande multiparidade traz, portanto, inúmeras complicações à gestante, levando a um prognóstico desfavorável do parto, aumentando a morbiletalidade fetal e perinatal.

A mortalidade infantil está intimamente ligada ao número de partos. Segundo PETROS-BARVAZIAN (1984), os filhos mais novos (sétimos ou oitavos na ordem da família) têm índices de mortalidade 1/3 mais altos do que os filhos mais velhos (segundos ou terceiros). Afirma também que as crianças de grandes famílias têm doenças mais frequentes e desenvolvimento mais lento do que as crianças de famílias menores.

#### 2.1.1.3 Intervalo gestacional

Segundo DAY (1967), o intervalo gestacional de aproximadamente dois anos entre o fim de uma gestação e o início de outra está associado a um melhor prognóstico materno e fetal, ao passo que intervalos muito curtos ou muito longos estão associados a prognósticos adversos tanto para o concepto como para a mãe.

A mortalidade infantil se eleva à medida que diminui o intervalo entre os nascimentos e que a sua ordem ocupa posição mais alta. Dos estudos efetuados por PUFFER e SERRANO (1975), as taxas de mortalidade infantil entre crianças que ocuparam o quinto lugar e posições posteriores na ordem de nascimento foram de 90 por 1000 nascimentos, em Monterrey, México, e 160,3 por 1000 nascimentos em El Salvador. Estes índices foram mais que o dobro daqueles verificados para os primeiros conceptos da história de gestações. O quadro descrito, segundo estes autores, sugere que as mães não conseguem restabelecer-se no período transcorrido entre uma gravidez e a seguinte.

HOLLEY et al. (1972) compararam crianças nascidas depois de decorrido um ano de gestação anterior, com crianças nascidas após um intervalo de 2 a 5 anos. Verificaram que as nascidas após o intervalo de um ano, apresentavam baixo peso ao nascer, além de desenvolvimento motor e intelectual menor do que as nascidas após um intervalo de 2 e 5 anos.

WISHIK e LICHTBAUM (1974) apontam ainda para o fato de que um curto intervalo gestacional pode exercer um efeito negativo sobre o feto in útero, mesmo se a gestante dispuser de nutrição, atendimento médico e paridade adequados.

MARTIN (1978) verificou em suas investigações com escolares de 9 anos de idade, em Singapura, que o desenvolvimento físico e mental dessas crianças era tanto maior quanto maior o intervalo entre o nascimento de um filho

e de outro. Concluiu, em decorrência, que o prazo mínimo de espaçamento entre os nascimentos deveria ser de dois anos.

#### 2.1.2. COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ

De acordo com dados da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE de São Paulo (1987), dentre as complicações obstétricas mais frequentes, responsáveis pelo desencadeamento do nascimento prematuro ou baixo peso ao nascer, destacam-se a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), a placenta prévia, o descolamento prematuro da placenta (DPP) e a isoimunização Rh feto-materna.

##### 2.1.2.1 Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)

Também conhecida por toxemia gravídica, é enfermidade que ocorre na etapa tardia da gestação, em torno da 20a. semana e é considerada nas formas pré-eclâmpsia e eclâmpsia, de acordo com a ausência ou presença de convulsões.

Segundo NEME e ZUGAIB (1987), a doença ocorre em 5 a 10% das mulheres grávidas, tendo uma incidência expressiva entre primíparas jovens e múltiparas com mais de 35 anos, constituindo-se numa das principais causas de morbiletalidade perinatal (5-20%) e mortalidade materna. É considerada como causa significativa de ocorrência de parto prematuro ou do baixo peso ao nascer, segundo dados da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (1987).

ROSSI et al. (1976) estudaram clinicamente 50 casos de eclâmpsia, entre 13.390 partos, no período de 5 anos, na Maternidade N.S. de Lourdes, em Goiânia. Observaram que a doença teve maior incidência nas primíparas jovens, com menos de 25 anos (66,40%) e nas menores de 18 anos (45,10%). A mortalidade materna foi de 7,84% dos casos e a mortalidade fetal foi de 18,18%, sendo que 7,26% eram prematuros. Na avaliação dos recém-nascidos, 22,22% apresentaram índice Apgar, no primeiro minuto, com variação de 1 a 4. Dados semelhantes são relatados nos estudos de CUNHA et al. (1981) e DUARTE et al. (1988).

O prognóstico fetal, nestes casos, é geralmente grave, desde que as alterações útero-placentárias causam hipoxia, reduzindo o volume de oxigênio do sangue fetal, estado que se agrava se a gestante evoluir para crises convulsivas ou descolamento prematuro da placenta, como informam NEME e ZUGAIB (1987).

ROSSI (1976) constata ser a assistência pré-natal de suma importância para a prevenção da DHEG, inclusive a eclâmpsia.

#### 2.1.2.2 Descolamento Prematuro da Placenta (DPP)

Segundo KOREGORD e GENNSEN (1986), o descolamento prematuro da placenta é a patologia de maior incidência em mulheres multíparas, de idade avançada ou com menos de 20 anos, bem como naquelas em que o problema já ocorreu em gravidezes anteriores.

Apesar da incidência girar em torno de 1%, a sua gravidade se manifesta não somente em caráter materno, mas sobretudo em caráter perinatal.

De acordo com COSTA et al. (1989:447), "o neonato dificilmente vem à tona em condições favoráveis de vitalidade e dentre outros percalços que lhe oneram o porvir, sem dúvida, a prematuridade se destaca como fator negativo de primeira grandeza". Estes mesmos autores, estudando 83 casos de DPP, observaram uma cifra de baixo peso, devido à prematuridade, que extrapolou o nível de 66%. Dados semelhantes são assinalados por CAMANO et al. (1977) e NEME et al. (1963).

Nos 358 casos de DPP analisados por CAMANO et al. (1977), as perdas de vida fetais e neonatais foram grandes, atingindo cifras de 64,19%. No Hospital de Clínicas de São Paulo, em estudo de REZENDE (1987), a mortalidade perinatal chegou a 90,3%.

NAEYE (1980) evidenciou que a mortalidade fetal e neonatal, nesta patologia, tem um aumento significativo quando a gestante é fumante.

#### 2.1.2.3 Placenta Prévia

A placenta prévia atribui-se elevada incidência de prematuridade, confirmada nos 150 casos estudados por CAMANO et al. (1977). Também neste caso, segundo REZENDE (1987), observa-se o sofrimento fetal com frequência. Este autor cita REID e CHRISTIAN, que afirmam serem as lesões neurológicas do

feto, em caso de placenta prévia na gestante de idade avançada, oito vezes maiores, na sua assiduidade, quando comparadas à média da população, estando presentes em índices mais altos do que no grupo de prematuros.

Nesta patologia, segundo NAEYE (1980), a mortalidade perinatal também aumenta significativamente se a gestante for fumante.

#### 2.1.2.4 Isoimunização Rh Feto-Materna

Mulheres Rh negativo cujos conceitos são Rh positivo, estão sujeitas à formação de aglutininas anti-Rh. De acordo com GRUNSPUN (1985), presume-se que estas aglutininas atravessam a placenta e podem comprometer o sangue Rh positivo do feto, causando-lhe a doença hemolítica perinatal (DHPN).

Esta doença, também conhecida como hiperbilirrubinemia ou eritroblastose fetal, pode ocasionar abortos, natimortos ou mortes logo após o nascimento. Segundo MCGRAW (1946), se a criança sobreviver, pode vir a ser parcialmente parálitica ou deficiente mental, possivelmente em razão de lesão cerebral ocasionada por um suprimento inadequado de oxigênio durante o período fundamental do desenvolvimento.

CUNHA et al. (1976) concordam que a detecção precoce da sensibilização materna é um fator importante no prognóstico do feto agredido pela DHPN.



Sem dúvida, o diagnóstico e tratamento precoce da doença hemolítica perinatal é fundamental na prevenção da icterícia nuclear e de suas sequelas, entre as quais destacam-se a deficiência mental, a cegueira e a surdez, como informam REZENDE e JUNQUEIRA (1987).

Como medida preventiva da sensibilização materna está a administração de Imunoglobina G imediatamente após o parto de cada bebê Rh positivo, evitando-se desta forma que a mãe produza anticorpos permanentes.

### 2.1.3 INFECÇÕES PRE-NATAIS

As doenças da mãe durante a gravidez podem afetar o desenvolvimento físico e mental do feto. A criança pode ser contaminada no período gestacional, por meio da infecção e circulação placentária ou na passagem através do canal vaginal durante o parto. Entre as infecções pré-natais mais importantes destacam-se a rubéola, a doença de inclusão citomegálica, o herpes genital, a sífilis e a toxoplasmose.

Várias outras doenças, causadas por vírus, bactérias e protozoários têm sido alvo de suspeita de serem transmitidas da gestante ao conceito ou de interferirem de alguma forma em seu desenvolvimento. Contudo, como relata TELFORD e SAWREY (1978), nenhum estudo em larga escala, com controles adequados, foi ainda realizado para fornecer provas da extensão em que as várias infecções maternas podem ser responsáveis pela excepcionalidade do filho.

### 2.1.3.1 Rubéola

A teratogenicidade do vírus da rubéola não foi reconhecida até 1941, quando o oftalmologista australiano Norman Gregg se preocupou com a alta incidência de catarata congênita em crianças. A clássica pesquisa de Gregg revelou como causa do problema a infecção materna resultante da epidemia da doença ocorrida em 1940 na Austrália.

Novos e intensos estudos levaram ao reconhecimento da Síndrome da Rubéola Congênita, que se caracteriza em um conjunto de malformações fetais resultantes da rubéola materna e constando de defeitos nervosos e mentais, defeitos oculares e auditivos, defeitos cardiovasculares, além de complicações viscerais, esqueléticas e hematológicas. Segundo REZENDE e MONTENEGRO (1987), essas anomalias podem se manifestar isolada ou associadamente e, com frequência, vêm acompanhadas de baixo-peso ao nascer (60% dos casos) e de desenvolvimento físico e mental retardados.

Algumas vezes as evidências da doença só aparecem tardiamente quando a criança tiver meses ou anos de vida. De acordo com SEVER (1980), entre os considerados efeitos tardios da rubéola congênita estão o diabetes melitus, a perda de anticorpos e a pariencefalite progressiva na segunda década de vida.

REZENDE (1987) cita o estudo de SALLOMI, que revendo a incidência de malformações fetais em 222 casos comprovados de rubéola no primeiro trimestre de gravidez, concluiu que na primeira semana de gestação ocorrem anomalias graves em 75 a

80% dos casos; entre 1 e 4 semanas, o risco é de 61%, caindo para 27% entre 5 e 8 semanas e 8% entre 9 e 12 semanas.

No fim do ano 60, segundo WILSON (1985), tornou-se disponível uma vacina contra a doença sendo que a sua aplicação tem em alguns países reduzido a prevalência da infecção congênita, ao ponto de ser viável a sua eliminação, embora provavelmente sem total erradicação.

A forma epidêmica da rubéola aparentemente se repete a cada sete ou dez anos aproximadamente. Considera-se que uma em cinco mulheres em idade fértil não está imunizada, correndo assim o risco de ser infectada durante a gravidez.

UBERTI et al. (1987), realizando pesquisa de anticorpos contra a rubéola em 42 gestantes, verificaram que 88,9% eram resistentes e 12,12% suscetíveis em adquirir a doença, concluindo que todos os esforços devem ser feitos para identificar e vacinar a mulher suscetível antes da concepção, já que não existe tratamento para evitar o dano no concepto na grávida infectada.

#### 2.1.3.2 Doença de Inclusão Citomegálica

A doença de inclusão citomegálica (DIC) consiste em infecção causada pelo vírus citomegálico, produzindo escassa sintomatologia no adulto, sendo, segundo HANSHAW (1977), a mais comum causa das infecções fetais conhecidas.

Conforme HUTZLER (1981), a citomegalia aguda materna pode determinar abortamento, prematuridade, óbito intra-uterino e mais frequentemente citomegalia congênita.

As principais complicações da infecção congênita referem-se às sequelas do sistema nervoso central. De acordo com HANSHAW (1977), cegueira, surdez, quadriplegia espástica ou hipotonia são manifestações comuns em várias crianças infectadas. Segundo este autor, o prognóstico para o desenvolvimento psicomotor completamente normal em uma criança com sintomas de DIC ao nascimento é reservado. Embora as crianças assintomáticas descobertas em observações de rotina apresentem uma perspectiva mais favorável, há evidências de que cerca de 50% destas crianças apresentam sequelas detectáveis do sistema nervoso central, cinco anos após o nascimento. Já a surdez unilateral ou bilateral pode se tornar aparente depois do segundo ano de vida.

Se a fase aguda da infecção for diagnosticada no pré-natal, não existe, infelizmente, terapia específica para a doença, como informam MONTELEONE e CAMANO (s.d.). Contudo, vale ressaltar que, até o momento, nenhum caso de DIC foi relatado na gestação subsequente àquela que resultou em feto infectado pelo vírus, segundo dados de REZENDE e MONTENEGRO (1987).

#### 2.1.3.3 Herpes Genital

A herpes genital, ocasionada pelo vírus do herpes tipo II, constitui, atualmente, um dos mais sérios problemas ginecológicos, sendo a causa mais comum de lesões ulceradas genitais, representando, na prática, doença extremamente difundida, como informam REZENDE e MONTENEGRO (1987).

No ciclo gestativo, a infecção herpética é cerca de 3 vezes mais comum do que fora da gestação e a presença do vírus no sistema genital da grávida, leva ao risco de infecção congênita e neonatal, conduzindo a altas taxas de abortamentos. REZENDE e MONTENEGRO também apontam o fato de que há evidências de infecção transplacentária do feto, baseadas na existência de malformações do recém-nascido de mãe infectada durante o trimestre inicial da gestação e na ocorrência de herpes no 1o. ou 2o. dia de vida extra-uterina.

As complicações mais graves na infecção congênita neonatal são as que envolvem o sistema nervoso central ou quando o vírus se torna disseminado. Segundo MINDEL e ADLER (1984), crianças afetadas neurologicamente são letárgicas, comatosas, desnutridas, com reflexos de Moro e de sucção diminuídos, podendo apresentar convulsões, sendo que as características da doença disseminada incluem conjuntivite, cianose, esplenomegalia e hepatomegalia. Segundo este autor, gestantes portadoras de infecção primária ou herpes recorrente devem se submeter ao parto cesáreo, antecipado antes da ruptura das membranas, pois, caso contrário haverá perigo de a criança infectar-se dentro do útero.

#### 2.1.3.4 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta de infecção bacteriana do feto pelo *Treponema pallidum*, por via transplacentária, sendo o contágio intraparto ou pósnatal menos frequente, como informam BRYAN e NICHOLSON (1981).

Tem sido aceito que a infecção do feto por mãe sífilítica não ocorre antes do 4o. ou 5o. mes da gestação; contudo, estudos de HARTER e BENERSCHKE (1976) apontam para o fato de que, apesar de infrequente, a sífilis pode acometer o concepto precocemente.

Segundo INGALL e MUSHER (1983), cerca de 40 a 50% das crianças nascidas de mulheres com sífilis primária ou secundária têm doença congênita ao nascimento. A incidência diminui para 40% quando a mãe entra na fase de sífilis latente precoce e para 6 a 14% quando na fase latente tardia. A sífilis congênita tem sido tradicionalmente dividida em dois estágios: precoce e tardia.

De acordo com GUTHE (1977), a sífilis congênita precoce se refere às manifestações clínicas que ocorrem em crianças menores de dois anos e que se caracterizam sobretudo por lesões ósseas, viscerais, hematológicas, neurológicas, oftalmológicas, além de lesões da pele e da mucosa. O envolvimento do sistema nervoso central, quando presente, manifesta-se por meningoencefalite aguda, tendo como sinais e sintomas mais frequentes, irritabilidade, abaulamento das fontanelas, rigidez da nuca, vômitos. Estas alterações podem ser diagnosticadas no período neonatal ou entre 3 e 6 meses de idade. Já a sífilis congênita tardia refere-se às manifestações clínicas que persistem e ocorrem em crianças após os dois anos de idade, caracterizando-se principalmente por anomalias dentárias, lesões na córnea, glaucoma, surdez, retardo mental, atrofia do nervo ótico.

MEHEUS (1986), aponta para o fato de que os riscos dos efeitos adversos ocorrerem no caso de uma mãe sífilítica não tratada são de aproximadamente 65% . DUARTE et al. (1987), estudando 373 gestações de pacientes sífilíticas, no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, entre 1978 e 1984, observaram que a incidência da sífilis congênita foi elevada sobretudo nos casos sem tratamento (42,2%).

Segundo REZENDE (1987), a gravidez exerce efeito supressivo sobre os sintomas e lesões visíveis da sífilis. Quando se manifesta durante a gestação, a erupção secundária habitualmente não aparece, de modo que a doença passa geralmente despercebida, só sendo descoberta pela positividade das reações sorológicas. Para os estudiosos como DOLNIKOFF et al. (1976), GUTHE (1977), RAMOS et al. (1978), REZENDE (1987), DUARTE et al. (1987), a incidência da sífilis congênita pode ser diminuída por meio de testes sorológicos realizados frequentemente no pré-natal e no acompanhamento e tratamento adequado da gestante. O tratamento da mulher grávida antes da 16a. semana geralmente previne a doença na criança ou pode tratar um feto já infectado, o que ressalta a importância da assistência pré-natal desde o início da gestação.

#### 2.1.3.5 Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, podendo ser adquirida ou congênita. A forma adquirida geralmente não é acompanhada de sinais ou

sintomas ou então é confundida com gripe ou estado infeccioso atípico, o que dificulta o diagnóstico da doença. Contudo, de acordo com REZENDE e MONTENEGRO (1987), as manifestações mais graves ocorrem na forma congênita, quando a infecção aguda incide durante a gestação, sendo atingidos cerca de 40-45% dos fetos.

A infecção aguda na gestante pode ser causa de abortamento e parto prematuro. A mortalidade por toxoplasmose congênita varia de 3 a 12%. Segundo os dados de MONTELEONE e CAMANO (1987), os sobreviventes podem apresentar graves sequelas neurológicas, tais como: retardo mental (85%), convulsões (80%), espasticidade e paralisias (58 a 75%), defeitos visuais (42 a 68%), micro ou hidrocefalia (44%).

De acordo com JONES (1977), ocasionalmente os sinais podem não ser óbvios ao nascer, mas podem progredir durante os primeiros meses de vida. A calcificação cerebral pode ser vista após vários meses. Segundo este autor, o recém-nato mostrará sinais progressivos de anormalidades no desenvolvimento, podendo resultar em morte ou retardamento mental, distúrbios convulsivos ou visuais.

Contudo, se a infecção congênita for assintomática, JONES afirma que pode surgir uma sequela tardia, caracterizada pela retinocoroidite toxoplásmica, cujos sintomas são, em geral, notados, pela primeira vez, na segunda ou terceira década da vida, culminando com uma perda progressiva da visão.

HUTZLER (1981), por sua vez, informa que mulheres grávidas devem evitar as fontes de infecção da doença (sobretudo,



carne mal cozida e exposição a fezes de gato), além de enfatizar a importância da detecção da mesma no pré-natal, a fim de se proceder ao tratamento correto.

#### 2.1.4. USO DE PRODUTOS FARMACOLÓGICOS E TÓXICOS NA GRAVIDEZ

A tragédia da talidomida, no início da década de 60, despertou a atenção dos pesquisadores em relação aos medicamentos que se consideravam geralmente inofensivos para o conceito, levando à conclusão de que produtos farmacológicos durante a gestação podem ter efeitos adversos sobre o feto em desenvolvimento.

O principal problema da administração de drogas na gravidez diz respeito a seus possíveis efeitos teratogênicos. O tipo de malformação está intimamente ligado com o estágio de desenvolvimento em que se encontra o conceito quando da exposição aos agentes causadores da mesma. Segundo REZENDE e MONTENEGRO (1987), agentes tóxicos no período de fertilização e implantação do ovo, que corresponde às 3 primeiras semanas do desenvolvimento, usualmente provocam a morte do ovo, com conseqüente abortamento. Já o período embrionário propriamente dito, que vai de 4 a 7 semanas do desenvolvimento, é o mais sensível às repercussões teratogênicas. O período fetal, que vai da oitava semana ao termo da gravidez, é o menos exposto à teratogenicidade, que contudo, se acontecer, pode ser morfológica ou funcional.

De acordo com QUEIROZ (1987), após o primeiro trimestre de gestação, substâncias químicas podem afetar o crescimento e desenvolvimento funcional do conceito e posteriormente da criança, mesmo não produzindo anormalidades estruturais grosseiras.

A placenta tem sido descrita como órgão de importância no que diz respeito ao estudo dos fármacos administrados à mãe e que por seu intermédio alcançam o feto. Quase todas as substâncias farmacológicas atravessam a placenta, atingindo o organismo fetal. Como informam LING e BOUTLE (1979), a placenta é praticamente permeável a compostos de peso molecular acima de 1000 e prontamente porosa àqueles com peso molecular inferior a 600. Muitas drogas e substâncias terapeuticamente eficazes têm peso molecular inferior a 600. Assim, o uso indevido e o abuso de drogas durante a gravidez constituem importantes problemas de saúde, sendo causas básicas do aumento da incidência da morbidade e mortalidade na mãe e na criança.

STIRRAT, citado por REZENDE e MONTENEGRO (1987), informa que medicamentos, excluindo vitaminas e ferro, são prescritos a 82% das grávidas, na média de 4 fármacos por paciente e, além disso, 65% das mulheres tomam remédios por conta própria. Já dos medicamentos utilizados correntemente, QUEIROZ (1987) afirma que 75 a 88% não são aprovados oficialmente para uso durante a gravidez.

Os estudos têm mostrado que 80% ou mais das mulheres grávidas usam algum tipo de medicamento durante a gravidez,

seja por prescrição médica, seja por automedicação. Os analgésicos, diuréticos, antihistamínicos, antibióticos, antiácidos e antieméticos são apontados por QUEIROZ (1987), como os mais consumidos. Este autor também revela que as drogas neurotrópicas usadas pela gestante influenciam o comportamento psicomotor de neonatos e lactentes. Dentre estas substâncias destacam-se os tranquilizantes, os anti-histamínicos, os antitussígenos, os laxativos, o álcool e os produtos do fumo, todos de uso e abuso relativamente comuns. Estas drogas podem atingir o bebê através da placenta ou através do leite materno. Sonolência ou sono profundo, letargia, irritabilidade, vômitos, diarreia, são efeitos relatados em consequência destas substâncias terem sido usadas durante a gravidez e a amamentação.

Por sua vez, os efeitos do cigarro e do álcool durante a gestação são bem conhecidos.

Há uma associação consistente entre o hábito de fumar materno e o baixo peso ao nascer da criança. Segundo a OMS (1986), um cigarro por dia fumado por uma grávida pode reduzir em 11,1 gramas o peso da criança ao nascer. De acordo com MILLER (1976), os bebês de mães fumantes não somente pesam menos do que os de não fumantes comparáveis, como também são menores em todas as dimensões, incluindo o comprimento, perímetro craniano, perímetro torácico, e circunferência escapular.

NAEYE (1981) investigou a influência do cigarro durante a gravidez, no crescimento do feto e da criança até 7 anos de

idade. Todos os parâmetros antropométricos do neonato (peso, tamanho, circunferência cefálica) foram reduzidos pelo tabagismo materno. Pequeno grau de crescimento retardado persistia até aos 7 anos.

MEYER (1983) afirma que o fumo durante a gestação aumenta o risco de anomalias congênicas, abortos espontâneos e anormalidades placentárias, como a placenta prévia e o descolamento prematuro da placenta, além de grande número de complicações da gravidez e do parto.

Além disso, evidencia-se, de acordo com ARNAUD (1980), um aumento de mortalidade perinatal nas crianças de mães fumantes.

LAURENTI e BUCHALA (1985) verificaram que o fumo influi na mortalidade perinatal, sobretudo quando a gestante fuma mais de 10 cigarros ao dia. Este fato toma relevância com os estudos de PORTO et al. (1989), em que se evidenciou que, entre gestantes fumantes, 45% consomem mais de 10 cigarros por dia.

Outro aspecto importante é apontado por ARNAUD (1980), em que o feto pode ser uma vítima passiva de envenenamento causado por uma grávida constantemente sujeita a um ambiente de fumaça, ainda que ela própria não fume.

Vários estudos de longo seguimento fornecem atualmente provas de que as crianças de mães fumantes apresentam deficiências mensuráveis de crescimento físico, desenvolvimento intelectual e emocional, assim como de comportamento. Mais desconcertante ainda é a descoberta de

que o hábito materno de fumar se associa a deficiências no desenvolvimento neurológico e intelectual da criança e a diferenças nos setores emocional e de comportamento. No estudo de SAXTON (1978) foi evidenciada a deficiência das crianças de fumantes em testes que incluíam importante componente auditivo. Conclui o autor que deve ter havido, nestas crianças, algum comprometimento no mecanismo normal de audição e sugere que isso poderá ser devido ao efeito hipóxico do monóxido de carbono no órgão coclear.

FAUNDES (1979) cita os estudos de BUTLER et alli, em que estes autores, no seguimento de crianças até a idade avançada, comprovaram um retardo no desenvolvimento físico e mental dos filhos de fumantes, aos 7 e 11 anos de idade, em comparação aos filhos de não fumantes. Essas diferenças se mantêm depois de se fazer o controle por classe social, idade, estatura da mãe, número de irmãos maiores e menores e sexo das crianças.

Em relação à incidência do hábito de fumar entre gestantes, MATHIAS e NOBILE (1986), avaliando prospectivamente 422 gestantes, verificaram que das 292 primigestas, 37% eram fumantes; e das 130 multigestas, 40% fumavam.

PORTO et al. (1989) observaram em seus estudos que as primigestas são mais motiváveis para o abandono do vício, concluindo que a equipe de saúde deve exercer ação mais direta e enérgica orientando sobre os malefícios do tabagismo na gravidez. Isto é sobretudo importante, posto que os

estudos da OMS (1980) indicam que as mulheres que deixam de fumar no início da gravidez geram bebês comparáveis aos gerados por não fumantes.

O álcool ingerido durante a gestação apresenta efeitos adversos significativos. Segundo ZABOLAI-CSEKME (1981), as mulheres que bebem em excesso correm um risco muito maior de terem filhos com certas anormalidades, tais como anomalias congênitas, retardamento físico e anormalidades funcionais detectáveis mediante exames neurológicos.

JONES e SMITH (1973) delinearam as características do que chamaram "síndrome alcoólica fetal", mediante o estudo de 11 crianças com anomalias comuns, todas provenientes de mães com etilismo crônico. Os achados mais frequentes e praticamente constantes foram: insuficiente desenvolvimento intrauterino, retardo evolutivo pós-natal e microcefalia. Estudos posteriores, segundo CLARREN e SMITH (1978), incluem disfunções do sistema nervoso central, retardamento mental, anomalias faciais, cardíacas e musculares. Outros efeitos se referem à maior incidência de aborto espontâneo e problemas comportamentais como déficits de atenção.

De acordo com ALONSO-FERNANDEZ (1986), o efeito mais direto do álcool sobre o desenvolvimento do conceito vem de sua ação teratogênica. Apesar do álcool influir sobre a circulação uterina ao longo de todo o período gestacional, com possíveis repercussões cerebrais importantes, sua teratogenicidade potencial abrange os quatro primeiros meses de gestação de mulheres que consomem inclusive doses

moderadas de bebidas alcoólicas. Segundo este autor, o risco de malformação congênita é maior nas alcoolistas que não abandonam o vício durante a gravidez, contudo podem atingir também os conceptos das gestantes que bebem apenas socialmente.

CARDOSO et al. (1988) chamam atenção para o fato de que até o momento são desconhecidos os níveis seguros e totalmente isentos de risco fetal para o consumo de bebidas alcoólicas, apesar de ser claro o risco para o feto da gestante que ingere mais de 3 onças de álcool etílico por dia, ou seja, o equivalente a 6 latas de cerveja ou 6 copos de vinho. Concluem assim que desde que o risco da ingestão de quantidades menores de álcool é incerto, a gestante deve evitar qualquer bebida alcoólica durante a gravidez, especialmente no primeiro trimestre.

O número de mulheres, em idade reprodutiva, usuárias moderadas ou em alto grau de bebidas alcoólicas, de estupefacientes, fumo ou drogas alucinógenas é significativo. YOUNG et al. (1977), observando 100 gestantes adolescentes, de classe sócio-econômica baixa, verificaram que entre as drogas mais consumidas pelas mesmas destacavam-se o fumo (50%), o álcool (25%), a maconha (10%), os barbitúricos e similares (8%); a heroína e a metadona (3%). Nestes casos podem surgir repercussões obstétricas consideráveis, com elevada incidência de complicações durante a gravidez, inclusive parto prematuro, com grande possibilidade do aparecimento de crianças com sequelas neurológicas. O próprio

estilo de vida e a alimentação deficiente destas mães comprometem o desenvolvimento normal da criança.

#### 2.1.5 DESNUTRIÇÃO MATERNA

Nos países em desenvolvimento é frequente a mulher chegar à idade reprodutiva com sequelas de desnutrição crônica, que se traduzem em altura e peso baixos, peso baixo para a altura, massa corporal magra e adiposidade inadequada. Com frequência apresenta também profundas deficiências de nutrientes específicos, sobretudo de ferro, que provocam anemia grave. Além disso, estas mulheres tendem a apresentar processos de gestação e parto com complicações. A soma total dessas condições, segundo VITERI (1984), evidencia taxas elevadas de mortalidade e morbidade no período perinatal e uma condição de saúde materna inferior à ideal.

De acordo com DEVI (1980), a alimentação inadequada durante a gravidez e os nascimentos repetidos a pequenos intervalos, insuficientes para a recuperação das reservas do corpo, resultam em bebês de pouco peso, aumentando o risco de abortos e de natimortos. Este autor também salienta o fato de que lado a lado, a anemia e a desnutrição contribuem indiretamente para os riscos de partos mortais.

Para SERRANO (1984), o efeito da desnutrição sobre o peso e a vitalidade do feto e o efeito da desnutrição sobre a capacidade da mãe para amamentar o recém-nato, constituem



dois fatores principais que atuam sobre a relação estado nutricional materno e desenvolvimento da criança.

A relação entre desnutrição materna e baixo peso do recém-nascido é tão evidente que JELLIFFE (1968) utiliza a proporção de recém-natos de baixo peso como um indicador do estado nutricional da população gestante.

ALMEIDA et al. (1976), estudando a relação entre desnutrição materna e baixo peso ao nascer, verificaram que quando a gestante deixa de ganhar peso em duas pesagens mensais sucessivas, o peso médio do recém-nascido é menor que o de filhos de gestantes que ganham sempre peso, independente de sua altura. Inclusive, observaram que em mulheres desnutridas há elevada incidência não só de bebês com peso deficiente como também de prematuros.

Segundo estudo da OMS (1983) há nos países em desenvolvimento cerca de 230 milhões de mulheres na faixa de 15-49 anos que sofrem de deficiência, ao menos de um nutriente essencial, principalmente ferro. A percentagem de anemia ferropriva se evidenciou mais nitidamente entre as grávidas, devido ao extraordinário incremento das necessidades de nutrientes durante a gestação, indispensáveis não só para recompor as perdas do corpo como também para prover as necessidades do feto e da placenta. Essas necessidades não podem ser satisfeitas tão somente pela alimentação, mas são parcialmente supridas pelas reservas maternas. Quando tais reservas já são baixas, devido à desnutrição ou gestações frequentes, o resultado é a anemia.

Na América Latina, de acordo com o referido estudo, destacam-se 30% de anêmicas em 9,6 milhões de grávidas, contra 15% de anêmicas em 65 milhões de não grávidas.

Avaliando 4.539 gestantes atendidas em Centros de Saúde do Estado de São Paulo, SZARFARC (1985) constatou que 35,1% foram atingidas pela anemia nutricional.

MURTHY (1977) evidencia o fato de que a desnutrição, a anemia da grávida e a má nutrição da criança durante seus dois anos iniciais de vida, contribuem grandemente para a incidência de retardo mental.

De acordo com LECHTIG et al. (1975), a suplementação alimentar durante a gestação é capaz de aumentar o peso da mãe nesse período, assim como o peso e as condições de desenvolvimento do feto e do recém-nato.

## 2.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ RELACIONADOS COM A ETIOLOGIA DA EXCEPCIONALIDADE INFANTIL

Os fatores psicossociais (incluindo os fatores econômicos, psicológicos, culturais e educacionais) são indicadores importantes de morbidade e mortalidade infantil.

A maioria dos estudos médicos tem avançado no enfoque biológico dos problemas de saúde. Contudo, de acordo com UZCATEGUI (1984), as dimensões social e psicológica só recentemente têm sido consideradas, quando antes eram

mencionadas apenas como acidentes que influenciavam, porém não determinavam a natureza das enfermidades.

MAIR (1980) aponta para o fato de que mudanças sócio-econômicas, como migração campo/cidade, desemprego e subemprego, proliferação de favelas, aumento de doenças infecciosas, prostituição, violência, quebra dos suportes tradicionais de família, bem como o uso e abuso de drogas e álcool; contribuem para o agravamento das condições de saúde materno-infantil.

#### 2.2.1 ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS

Nos países em desenvolvimento, observam-se crescentes setores da população que estão cada vez mais submetidos ao ciclo da pobreza e da doença, com repercussões em todos os aspectos da vida, afetando gravemente as mães e as crianças. Segundo dados da UNICEF (1980/3), do total de nascimentos que ocorrem anualmente no mundo, 75% acontecem nos países em desenvolvimento, onde os riscos do nascimento são muito maiores e os recém-nascidos nascem com peso baixo ou deficiente, o que por si só constitui um elemento ocasionador de excepcionalidade. De acordo com VIEDMA (1988) é significativa a diferença de incidência de baixo peso ao nascer entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. A maior parte dos casos de baixo peso, observados em países em desenvolvimento, ocorre em prematuros. Contudo, nos países em desenvolvimento, a grande proporção de crianças com menos de 2500 g é de bebês nascidos

no termo da gravidez, o que evidencia um mau estado de saúde materno.

MAHLER (1988) destaca que na maioria dos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, em 1000 bebês nascidos vivos, cerca de 100 a 200 morrem durante o primeiro ano de vida, embora os países industrializados tenham conseguido descer esta proporção em cerca de 10 e 20 e até menos.

Segundo este autor, nos países pobres, as mulheres correm um risco 200 vezes maior de morrer durante a gravidez e o parto do que as mulheres dos países ricos. Tanto em zonas urbanas como em rurais, os efeitos da fertilidade não regulada, as complicações e infecções na gravidez e no parto, a desnutrição, entre outros, ocasionam grande número de disfunções maternas, que por sua vez têm um impacto desfavorável sobre o conceito.

De acordo com ACTON (1981), se a conclusão de que pelo menos 10% da população de qualquer país tem probabilidade de nascer com uma deficiência ou adquiri-la posteriormente for aplicável aos países em desenvolvimento, isto significa que nessas regiões existem pelo menos 300 milhões ou mais de deficientes, encontrando-se neles a gente mais sacrificada, cujas condições de vida se resumem na pobreza, na miséria e na falta de perspectiva. São pessoas que vivem nas comunidades rurais ou nas favelas das grandes cidades.

Considerando como pobres as famílias que gastam parte de sua renda em alimentação, sem poder satisfazer suas necessidades nutricionais básicas, estudos sobre pobreza

crítica realizados pela CEPAL e relatados por ALTIMIR (1979), revelaram que 40 a 55% da população brasileira vive na pobreza.

De acordo com estes dados, pode-se inferir que a saúde materno-infantil no Brasil se depara com problemas que correspondem ao grau de agressividade do meio, ao nível de desenvolvimento alcançado pela comunidade, aos recursos de saúde de que dispõe e ao nível de percepção que essa comunidade tem de seus problemas de saúde.

## 2.2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

CAPLAN (1980) enfatiza a compreensão da gravidez como um dos períodos críticos do ciclo vital da mulher e alerta para o estado de vulnerabilidade da gestante, que se encontra num período de transformações físicas e psicológicas que a predispõem à crises emocionais.

Embora não haja conexões diretas entre os sistemas nervosos da mãe e do feto, o estado emocional da gestante pode influir no desenvolvimento e nas reações fetais.

SQUIER e DUNBAR (1946) revelam que alterações no estado emocional da mulher grávida (decorrentes de raiva, medo, ansiedade), podem implicar em mudanças no equilíbrio químico do ambiente uterino, o que leva à afirmação de que estas variações podem ser transmitidas ao feto, determinando-lhe diferentes consequências.

Os estudos de SONTAG (1941) comprovam que os fetos de mães expostas a uma grande tensão emocional manifestam aceleração

do ritmo cardíaco e um aumento significativo na atividade corporal. Verificaram que os filhos de mães que permanecem tensas até o final da gestação, tornam-se instáveis e hiperativos durante semanas e às vezes meses após o nascimento, choram muito e dormem mal, muitos tendo dificuldade para se alimentar, apresentando diarreias e pouco aumento de peso.

TURNER, citado por CALANDRA et al. (1975), em um estudo sobre 100 mães e seus respectivos filhos, da mesma forma comprovou uma relação direta entre as dificuldades emocionais da mãe e uma síndrome geral de mal estar no recém-nascido (choro excessivo, agitação, insônia, vômitos, diarreias). O autor deduz que o stress pré-natal pode afetar o sistema nervoso fetal e alterar padrões gerais de conduta pós-natal.

Segundo SOIFER (1980), ansiedades específicas da gravidez podem produzir sintomatologia física própria ou inclusive provocar abortos ou partos prematuros. De acordo com a autora, a gravidez não envolve apenas a gestante, mas também seu companheiro e o meio social imediato que, de forma inevitável a acompanham em seu processo psicológico. Desta forma, privações reais, sejam afetivas ou econômicas aumentam a tensão emocional, que impedem a gestante de encontrar gratificação na gravidez.

MCDONALD e CHRISTAKOS (1963) concluíram em seus estudos que quando fatores adversos ocasionam quadros de ansiedade intensa durante a gestação, há maior probabilidade de surgirem complicações obstétricas na gravidez, no parto e no

puerpério. Estes autores também citam o estudo de SCOTT que associou o nascimento de crianças deficientes mentais com gravidezes caracterizadas por severos distúrbios emocionais.

Nos ambientes mais desfavorecidos, grande parte da vida das mulheres é dedicada à gravidez e criação dos filhos, além da execução de trabalho servil, sobretudo manual e doméstico, o que exige um grande esforço físico da mulher, com repercussões psicológicas importantes, tornando o processo reprodutivo particularmente exaustivo. AHOOJA-PATEL (1980) salienta que o fator fadiga é frequentemente mencionado em entrevistas com mulheres, entre elas as gestantes.

NEWTON et al. (1978) demonstraram existir uma incidência maior de partos prematuros entre mulheres que tiveram conflitos psicossociais mais intensos durante a gravidez. Gestantes socialmente instáveis são menos felizes, mais ansiosas e emocionalmente mal ajustadas, afirmam DAVIDS e ROSENGREN (1962).

VIGGIANO et al. (1989) verificaram que a existência de vida conjugal estável influencia, de modo significativo, o peso do recém-nato.

Condições sócio-econômicas desfavoráveis e alterações emocionais são apontadas por RAMOS e LEONE (1986) como responsáveis pela maior frequência de recém-nascidos de muito baixo peso entre gestantes solteiras, sendo que estas, de acordo com REZENDE (1987), são mais suscetíveis a complicações obstétricas e intercorrências clínicas.

Cabe salientar que a tensão emocional e a ansiedade durante a gestação estimulam uma tendência exagerada ao fumar, uma má alimentação, ingestão de drogas (tranquilizantes, estimulantes) e exposição a perigos (despreocupação por contágio e acidentes), comportamentos estes que por si sós constituem fatores importantes na determinação da excepcionalidade infantil.

### 2.2.3 ASPECTOS RELACIONADOS A ADOLESCÊNCIA

A adolescência, a gravidez e o climatério são apontados por CAPLAN (1980) como momentos de crise previsível vivenciados pela mulher no transcorrer de sua vida. Quando se associam gestação e adolescência, ocorre uma situação excepcional devido a sobreposição de situações intensas, no aspecto emocional. A somatória deste aspecto com fatores sociais e nutricionais adversos vão esboçar de forma complexa a problemática da gestação na mulher muito jovem.

Estudiosos como PINTO E SILVA (1982), MATHIAS et al. (1985), MONROY de V. et al. (1985), VITIELLO et al. (1985), são concordes na afirmação de que a evolução pouco satisfatória entre gestantes adolescentes não se deve tanto à imaturidade biológica mas a um conjunto de fatores de vulnerabilidade, que contribuem para diminuir a probabilidade de um nascimento normal: a pouca idade da mãe, o fato de se tratar de uma primeira gravidez, a maior incidência de ilegitimidade e o ambiente social desfavorável.



MATHIAS et al. (1985) constataram em seus estudos uma alta incidência de gestantes solteiras entre adolescentes de 9 a 19 anos. Dados semelhantes foram encontrados por CABRAL et al. (1985) em adolescentes menores de 16 anos, apontando estes autores para a necessidade da adolescente grávida receber atenção especializada no pré-natal e no parto.

Contudo, quando casadas, as adolescentes estão mais expostas a um maior número de filhos que as mulheres que adiam a gravidez para depois dos 20 anos, enfatizam SENDEROWITZ e PAXMAN (1985). Com vários filhos pequenos, pouca educação e havendo desenvolvido poucas habilidades para o trabalho, não é difícil predizer as consequências sociais e psicológicas decorrentes de tal situação, tanto para a mãe quanto para o filho.

O ambiente social desfavorável assume particular importância, ao se considerar que adolescentes de nível econômico mais elevado correm menos risco de engravidar ou dar à luz do que adolescentes de famílias pobres. Acrescente-se a isso problemas de caráter nutricional, pois às necessidades alimentares da jovem, juntam-se as necessidades do feto em desenvolvimento.

As adolescentes, inclusive, procuram o pré-natal muito mais tarde que as mulheres de mais idade, como comprovam os estudos de MATHIAS et al. (1985).

Este conjunto clássico de fatores adversos aumenta o risco do feto, afetando seu cérebro e comprometendo, portanto, a potencialidade mental da criança.

De acordo com MARTINEZ (1982), o casamento ou união consensual entre adolescentes de baixa escolaridade, geralmente acontece aos 15,5 anos, fato que contrasta com o grupo que possui maior escolaridade e maiores expectativas de trabalho, que em média se unem aos 18,5 anos.

Portanto, condições sócio-econômicas adversas, inadequada resolução de certas situações como a aceitação de sua gestação, desamparo psicológico familiar e/ ou do companheiro, falta de informações e controle pré-natal insuficiente têm, na concepção de MATHIAS et al. (1985), um impacto significativo na evolução pouco satisfatória entre gestantes adolescentes.

#### 2.2.4 ASPECTOS EDUCACIONAIS

As mulheres têm necessidades especiais, dado que geram e criam os filhos e é o seu nível de educação que determinará, em grande parte a saúde e produtividade das gerações futuras.

Durante muito tempo presumiu-se que a educação materna era um indicador do nível sócio-econômico da família e que este último fator, mais do que o nível educacional, determinava a correlação com a saúde infantil. De acordo com a UNICEF (1989), estudos recentes demonstram, entretanto, que a educação materna, por si só, é uma das alavancas mais poderosas para a elevação do nível de bem-estar da família e não apenas um espelho do nível familiar.

Contudo, os dados fornecidos por RYAN (1990), mostram que o analfabetismo, embora seja problema mundial que atinge

ambos os sexos, é particularmente grave entre as mulheres: uma mulher em cada 3 é analfabeta.

Com o objetivo de levantar o perfil educacional da mulher do grande centro urbano, o Instituto DATAFOLHA entrevistou, 2.528 mulheres maiores de 18 anos, nas principais capitais brasileiras (São Luís, Fortaleza, Salvador, Recife, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Florianópolis, e Porto Alegre). Constatou que o nível de escolaridade dessas mulheres é baixo: 5% nunca frequentaram a escola; 45% não completaram o 1o. grau; somente 8% têm curso superior e as pós-graduadas representam 1% do total das entrevistadas.

Estes resultados, apesar de não obedecerem a um maior rigor científico, tomam uma proporção significativa, ao se considerar que há relações muito estreitas entre educação de mulheres, estado de saúde da mulher grávida, peso ao nascimento e taxa de sobrevivência em crianças muito pequenas.

De acordo com MORENO (1987) a mortalidade infantil é mais alta entre crianças de mães analfabetas. Segundo este autor, estas crianças correm um risco de morrer 5 vezes maior do que aquelas cujas mães têm 10 ou mais anos de educação oficial. Por outro lado, VIEDMA (1988) afirma que a incidência de nascimentos de crianças com baixo peso é menor nas regiões com altas taxas de alfabetização.

Constata-se também que existe evidente ausência de informação em todos os níveis, relativa às causas da

excepcionalidade e sua prevenção. Existe sobre o problema, segundo HAMMERMAN (1980/3), um volume equivalente de desinformação e superstição que perpetua ações contraproducentes, tanto para a mãe como para a criança a nascer.

Contudo, segundo o Programa Ambiental da ONU, não é raro encontrar-se pessoas lendo para outras que ouvem. Desde que a mensagem seja clara e que tenha importância para suas vidas, os que não sabem ler, escutam e aprendem! Isto significa, segundo MAHLER (1983), que o analfabetismo e a baixa escolarização não são obstáculos insuperáveis à educação em saúde, não constituindo entraves ao fluxo de informação.

### 2.3 ASPECTOS RELACIONADOS COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL INADEQUADA E SUA RELAÇÃO COM A ETIOLOGIA DA EXCEPCIONALIDADE INFANTIL

Não resta dúvida de que os aspectos bio-fisiológicos e psicossociais relacionados com a excepcionalidade da criança são agravados de forma significativa pela assistência pré-natal inadequada, constituindo-se em fator determinante de mortalidade e morbidade infantis.

Segundo BOERSMA (1985), 30 a 50% das deficiências que atingem as crianças, são de origem perinatal, isto é, resultado de fatores adversos do pré-natal, parto e primeiros

dias de vida. Afirma o autor, que muitas destas deficiências poderiam ser evitadas com a assistência pré-natal adequada.

De acordo com ABRAMOWICZ e KASS (1966), a incidência de crianças com baixo peso para a idade gestacional é muito maior em mulheres que não receberam atenção pré-natal. Estes dados são confirmados pelos estudos de VIGGIANO et al. (1989), que mostram maior incidência de recém-nascidos de muito baixo peso (menos de 1.500 g) entre gestantes que não se submeteram a exames pré-natais.

ROSSI et al. (1976) reconhecem que a assistência pré-natal é de suma importância para a prevenção da toxemia gravídica, principalmente nos últimos meses de gestação. Contudo, em suas pesquisas com gestantes apresentando eclâmpsia, verificaram que apenas 37,26% comparecem aos ambulatórios para controle e mesmo assim se ausentam no período em que deveriam comparecer com mais assiduidade.

Ficou evidenciada incidência significativa de morte fetal ou sífilis congênita entre gestantes que não realizam o pré-natal nos achados de DUARTE et al. (1987) sobre sífilis na gravidez.

RICARDO et al. (1977), em seus estudos com multíparas, observaram que 60% delas não se submeteram ao pré-natal.

Já PAKTER et al. (1961) observaram que mulheres solteiras comparecem ao pré-natal com muito menos frequência que as mulheres casadas.

NESTAREZ et al. (1985) verificaram alta incidência de pré-natal inadequado em seus estudos com adolescentes de 9 a

17 anos. Relacionaram o pré-natal deficiente com maior frequência de prematuridade. Da mesma forma, VALENTE et al. (1977), analisando 620 mães adolescentes, verificaram que 65% não tiveram assistência pré-natal, enfrentando o parto, portanto, sem o mínimo preparo. Dados semelhantes foram encontrados por DARZE (1989). Entretanto, os estudos de SENDEROWITZ e PAXMAN (1985) demonstram que adolescentes que participam de programas pré-natais não apresentam mais riscos obstétricos e neonatais que as mulheres adultas.

Na análise de 12.999 nascimentos (vivos e mortos), LAURENTI e BUCHALLA (1985) verificaram que a mortalidade perinatal foi baixa nos conceitos das mulheres que fizeram 7 ou mais consultas no pré-natal. Nos casos de mulheres que frequentaram mais de 3 vezes o pré-natal, a mortalidade perinatal foi aproximadamente a metade daquelas que fizeram menos de 2 consultas. Portanto, se a atenção pré-natal for adequada, os riscos tanto para a mãe como para a criança diminuem de forma significativa, no que concorda PEREZ SEGURA (1985).

Segundo PINOTTI et al. (1988), a falta de cuidados pré-natais é alta (29%) nas gestantes brasileiras, atingindo sobretudo as mulheres de baixa renda. O problema, de acordo com estes autores, assume proporções graves sobretudo no Nordeste (47,1%) e entre mulheres de baixa renda no Sul (34,3%) e Sudeste (43%). Em 1980, 20,3% dos partos foram domiciliares, sendo que a cifra é máxima no Nordeste (40,2%) e mínima no Sudeste (6,1%).

A COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA (1990), verificou que na região metropolitana de Curitiba 20 a 30% das gestantes não fazem pré-natal.

De acordo com WATKINS (1968), as gestantes consideram o pré-natal como um serviço a ser procurado somente em casos graves ou quando surgem sintomas agudos.

Este desinteresse em frequentar o pré-natal leva à suposição de que a gestante não possui informações suficientes que a levem a correlacionar a frequência deste serviço com um benefício em saúde tanto para si como para o seu bebê.

Na avaliação das condições de eficiência dos serviços de atenção materno-infantil, em Curitiba, a COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA (1989) evidenciou um fator preocupante em relação à educação em saúde, que se apresentou em situação crítica em quase todos os serviços avaliados, incluindo a assistência materno-infantil. Este fato ilustra a falta de interesse dos serviços e / ou dos profissionais, bem como são imperfeitas as tecnologias de comunicação e a capacidade de relacionamento das equipes de saúde com as famílias e a comunidade.

#### 2.4 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA GESTANTE NA PREVENÇÃO DA EXCEPCIONA - LIDADE INFANTIL

A Assistência Pré-Natal (APN) tem sido definida como um programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação de mulheres grávidas para que a gestação, o parto e o nascimento se transformem em um processo normal e sem perigo para mães e crianças. Segundo a OMS (1952), para o pré-natal atingir os seus objetivos deve iniciar no 10. trimestre da gravidez e deve envolver um mínimo de 6 consultas durante toda a gestação.

E durante o pré-natal que se rastreiam as gestações de alto risco, a isoimunização pelo fator RH, sífilis, anemia, além de se fazer a profilaxia da toxemia gravídica. No que condiz à gestante, particularmente nos países em desenvolvimento, de assistência médica precária, representa talvez a única oportunidade para as mulheres serem atendidas em consulta médica. Possui, portanto, caráter eminentemente preventivo, visando a preservar a saúde física e mental da grávida e a identificar alterações próprias da gravidez que possam alterar o seu curso ou repercutir nocivamente sobre o feto.

Entretanto, a APN, focalizando somente os aspectos biológicos, poderá não atingir as metas desejadas. É necessário organizar a assistência materna baseada nas



necessidades e circunstâncias psicológicas, sociais e educacionais da gestante. Além disso, segundo VIDAL (1975), é preciso considerar os empecilhos que prejudicam a assiduidade da população aos serviços médicos, ou seja, conhecimento da importância da APN, tempo disponível, dinheiro, vigilância dos filhos e horários de consultas.

Este tipo de assistência materna implica na formação de profissionais que saibam trabalhar em equipe, focalizando aspectos preventivos, curativos, psicológicos, educativos e, mais ainda, visando à família em seu contexto global.

Supervisionar e manter a normalidade da gestação, evitar e controlar riscos, dar apoio e educar a gestante representam os alicerces da boa assistência pré-natal.

Em suma, o pré-natal oferece oportunidade única para observar, tratar e educar a gestante por um período que pode ir além de seis meses.

A primeira visita é particularmente importante pois, a partir dela, pode o médico avaliar as condições da gestação, antes mesmo de ter acesso a resultados de exames laboratoriais. Para proteger a saúde materno-infantil é preciso que a gestante saiba o que está ocorrendo consigo própria e com o feto, quais as medidas a tomar e o significado destas. Neste período, o programa de educação em saúde adquire especial relevância: torna-se necessário que, após a primeira visita, a gestante possa reconhecer sintomas perigosos, que exigem pronto atendimento no período inicial da gestação. Os mesmos cuidados médico-educativos devem

estender-se a visitas subsequentes para que aquela usufrua dos benefícios de uma gestação devidamente controlada, além de tomar consciência das medidas necessárias que lhe garantam uma gravidez sem riscos. Por outro lado, deve a APN constituir-se em uma oportunidade para a mulher se exprimir sobre as suas dúvidas e ansiedades, sobre os assuntos que afetam a sua vida ou a de seu bebê, bem como receber orientações sobre aspectos de planejamento familiar.

Enfim, na preservação da saúde da mãe e proteção do conceito, a APN em sua importância e abrangência, constitui-se em uma perspectiva educativa por excelência para a gestante, desencadeando-se portanto em um processo de educação permanente e formação de recursos humanos.

#### 2.4.1 A ASSISTÊNCIA PRE-NATAL COMO UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A expressão "educação permanente", de acordo com a UNESCO (1976), designa um projeto global destinado tanto a reestruturar o sistema educativo existente, como a desenvolver todas as possibilidades de formação fora do sistema educativo.

Nesta segunda alternativa, insere-se a APN, que encarada como um processo de educação permanente, apresenta as seguintes considerações:

- Considerando-se, segundo ADISESIAM (1970), que a educação permanente é um sistema que integra qualquer modalidade de educação, a APN pode ser entendida como um

sistema aberto, quando utiliza toda a potencialidade do local onde se realiza, para produzir os valores, conhecimentos e técnicas que servem de base à praxis da gestante em toda a sua extensão.

- Considerando-se, segundo TRILLA (1985), que a educação permanente abrange todas as etapas da vida, contemplando a educação em sua totalidade, a APN privilegia a educação sobretudo da mulher, seja ela adolescente ou adulta.

- Considerando-se, segundo a UNESCO (1976), que a educação permanente, além da educação formal, inclui a educação não formal, as atividades de educação de gestantes num sentido enriquecido e amplo devem servir para satisfazer tanto as necessidades das analfabetas ou com baixos níveis de escolaridade como daquelas que tenham alcançado níveis mais altos de escolarização.

- Considerando-se, segundo RASSEKH e VAIDEANU (1987), que a educação permanente se caracteriza por sua flexibilidade de conteúdos, instrumentos, técnicas e estágios de aprendizagem, além de modelos alternativos educacionais, a assistência pré-natal deve dispor de uma abordagem educacional flexível, que se adapte às necessidades, aspirações, recursos e características socioculturais da gestante. Na mulher grávida, na condição de pessoa adulta, muitas vezes há deterioração do saber pelo esquecimento e mesmo pela integração de representações parciais e muito inexatas dos fenômenos que a cercam; suas constatações estão quase fundamentadas no "efeito" e não na "causa". A APN, como

processo de educação permanente, para aplicar novos conhecimentos, deve partir dessas representações e discutí-las em grupo.

- Considerando-se, segundo a UNESCO (1983), que os pré-requisitos da educação permanente são: oportunidade, motivação e educabilidade, a educação da gestante só assume toda a sua riqueza quando se entrosca com a vida cotidiana, quando não mais se dirige à mulher isoladamente, porém a grupos que reúnem pessoas da mesma comunidade e expressam necessidades e motivações semelhantes. Para isso, o planejamento pedagógico da APN deve ser diferenciado e elaborado de acordo com as necessidades e interesses da gestante. A didática deve levar em conta as condições da gestante como pessoa adulta. A participação da mesma deve se realizar em todos os níveis. Horários, locais, abordagens educacionais, aprendizagem, relação com o meio, assim como formas de avaliação, devem respeitar a singularidade da gestante e de suas condições pessoais, familiares e socio-profissionais.

- Considerando-se, segundo a UNESCO (1976), que o objetivo último da educação permanente consiste na melhoria da qualidade de vida, a APN busca essencialmente preservar a saúde física e mental da gestante e do seu bebê, constituindo-se em um meio idôneo, econômico e factível na prevenção da excepcionalidade infantil no período gestacional.

#### 2.4.2 A ASSISTENCIA PRE-NATAL COMO UM PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Na APN, enquanto processo de educação permanente, a gestante deve ser encarada como alguém que recebe de seu meio e ao mesmo tempo lhe traz uma contribuição.

As pessoas têm um tendência natural a passar informações umas às outras. Assim, tanto as mulheres alfabetizadas como as não alfabetizadas, gestantes ou não gestantes, são educadoras sanitárias em potencial.

Estudos comprovam, segundo GIBSON (1979), que mulheres que comparecem aos centros de saúde materno-infantil voltam para casa e repetem tudo o que ouviram. Segundo este autor, embora existam mais mulheres analfabetas do que homens, as mulheres aprendem com facilidade e reagem de forma prática à informação recebida, exercendo grande influência sobre os hábitos de saúde das famílias, dos amigos e dos vizinhos.

Quando a mulher é beneficiária, a educação é especialmente recompensadora, encorajando-a a cuidar da própria saúde, a evitar riscos durante a gravidez, a ter bebês saudáveis, a seguir práticas sadias. Como afirma VIEDMA (1988), torna-se, por sua vez, educadora dos seus filhos e transmite ativamente as informações que recebe.

Atendendo o seu papel no seio da família, as mulheres podem ter uma grande influência na saúde e assim torna-se evidente que elas são, muitas vezes, os agentes de cuidados e os educadores permanentes mais eficientes de que dispõe a sociedade, donde a importância da APN como elemento responsável pela própria formação da gestante como recurso humano na comunidade.

## CAPITULO 3

### METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa baseia-se em dois enfoques, um teórico e outro prático, caracterizando-se como pesquisa exploratória, uma vez que levanta e analisa dados de uma determinada realidade, procurando interpretá-los e relacioná-los.

Estuda as principais causas da excepcionalidade infantil, decorrentes do período gestacional, precisando as medidas educacionais necessárias à sua prevenção.

#### 3.2 AREA DE ABRANGENCIA

Como já se ressaltou, a pesquisa apresenta uma análise de caráter teórico-prático.

Do ponto de vista teórico, ela se situa epistemologicamente na área da Educação e mais especificamente no domínio da Educação Permanente de Adultos, bem como a formação de Recursos Humanos. Este enfoque compreende também outras áreas, tais como: Medicina, Psicologia, Enfermagem, Assistência Social e Sociologia.

Do ponto de vista prático, a pesquisa foi realizada no Hospital Victor do Amaral, maternidade pública, sob a jurisdição do Estado do Paraná.

### 3.3 ETAPAS DE PESQUISA

#### 3.3.1 DA PESQUISA TEORICA

A revisão de literatura do presente estudo foi iniciada por leitura prévia, assistemática, que possibilitou a elaboração de um roteiro que serviu de base para um estudo sistemático sobre o assunto exposto. Consultou-se a literatura pertinente e efetuou-se debates com especialistas da área.

Com os conhecimentos e informações obtidos, elaborou-se uma redação provisória, a qual sofreu um processo de feed-back e consequente reorganização, sob a supervisão dos professores orientador e co-orientador, levando à organização de um corpo teórico sistemático e definitivo, que permitiu a estruturação do Capítulo II.

#### 3.3.2 DA PESQUISA DE CAMPO

##### 3.3.2.1 População

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Victor do Amaral, que possui caráter público, tem 47 leitos e atende predominantemente gestantes pertencentes ao nível sócio-econômico baixo. Funciona como maternidade, sendo que após o parto, em condições normais, a gestante nele permanece 48 horas (em caso de parto normal) e 72 horas (em caso de cesariana). Os recém-nascidos são acolhidos no berçário.

### 3.3.2.2 Amostra

A população estudada foi constituída por 50 parturientes, sem alta. Elegeu-se parturientes, uma vez que as mesmas, em sua maioria, passaram pelo processo global da gravidez, trazendo assim informações mais completas sobre as intercorrências do período gestacional e sobre a frequência e atendimento na assistência pré-natal, além de se poder avaliar as condições do recém-nato.

A amostra foi obtida durante 4 semanas, sendo que o grupo estudado, em sua maioria, apresentou as seguintes características:

|                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| Idade:          | 20 a 34 anos                    |
| Estado civil:   | casadas (de fato ou de direito) |
| Escolaridade:   | 1o. grau incompleto             |
| Renda familiar: | de 1 até 3 salários mínimos     |
| Paridade:       | multíparas                      |

### 3.3.2.3 Elaboração do Instrumento de Coleta de Dados

Tendo em vista o caráter exploratório do presente estudo, selecionou-se a entrevista estruturada como instrumento utilizado no levantamento de dados, definindo-se entrevista estruturada como o interrogatório que se fundamenta em um formulário de perguntas, cujas respostas são anotadas pelo entrevistador frente ao informante.

O referido instrumento foi elaborado tendo como base, a experiência profissional da pesquisadora e a literatura pertinente.



#### 3.3.2.4 Validação do Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento passou por dois níveis de validação.

Em primeiro lugar, foi validado por 3 professores universitários, sofrendo as alterações e ajustes necessários.

Em segundo lugar, foi testado junto a 5 parturientes do Hospital Victor do Amaral. A seguir, estudou-se a estrutura de cada questão com vistas a verificar se poderiam as mesmas ser reformuladas de modo a facilitar a comunicação entre entrevistadora e informante. Em seguida, alteraram-se algumas palavras e expressões, construindo-se o instrumento definitivo para a coleta de dados.

#### 3.3.2.5 Aplicação do Instrumento

A entrevista foi efetuada pela própria pesquisadora. As parturientes foram entrevistadas individualmente e selecionadas de forma aleatória. Contudo, escolheu-se parturientes com pelo menos 12 horas de distância do trabalho de parto. Enquanto elas permaneciam em seus leitos, as perguntas eram feitas e suas respostas eram anotadas pela pesquisadora em ficha própria.

Alguns dados obstétricos e pediátricos foram confirmados nos prontuários específicos de cada entrevistada e de seu referido bebê.

#### 3.3.2.6 Tratamento dos Dados

Os dados levantados foram agrupados em tabelas (anexo 2), de acordo com cada item do instrumento e classificados por

categorias, quando necessário. Em seguida foi efetuada uma análise de frequência e de percentual, sem a pretensão de cruzar variáveis para indicação de nível de significância, pois não se trata de um estudo de causa e efeito. A análise dos dados de cada entrevistada foi feita à luz do referencial teórico apresentado, visando-se uma abordagem qualitativa, visto que os mesmos não comportam um tratamento estatístico mais acurado.

## CAPITULO 4

### ANALISE E INTERPRETACAO DE DADOS

O presente capítulo trata da apresentação e análise dos dados. Vale lembrar que foram entrevistadas 50 parturientes internadas no Hospital Victor do Amaral. Os dados tabulados de acordo com cada item do instrumento de coleta de dados, constam do anexo 2.

Considerando o número de itens do instrumento e dos dados levantados, preferiu-se, por uma questão metodológica, apresentar apenas aqueles mais relativos à problemática desta pesquisa.

Assim, estes dados serão apresentados de forma geral, aconselhando o leitor a verificá-los no anexo acima referido. Entretanto, algumas tabelas serão apresentadas desde que os seus dados sejam mais importantes para o estudo em questão.

TABELA 1. Distribuição das parturientes segundo a idade.

| IDADE (em anos) | No. Parturientes |     |
|-----------------|------------------|-----|
|                 | f                | %   |
| até 16 anos     | 2                | 4   |
| 17-19 anos      | 7                | 14  |
| 20-34 anos      | 36               | 72  |
| 35-39 anos      | 5                | 10  |
| 40 anos ou +    | -                | -   |
| TOTAL           | 50               | 100 |

Em relação à idade, verificou-se que a maioria das respondentes (72%) possuem de 20 a 34 anos, faixa etária considerada ideal para a reprodução. Por outro lado, 28% das mulheres situam-se nos períodos extremos da vida reprodutiva, considerados como de risco no aumento da mortalidade e morbidade infantis, salientando-se o fato de que 18% se encontram na categoria de idade gestacional precoce (Tabela 1). Tal fato assume importância ao se levantar a idade da primeira gravidez das respondentes (Tabela 2).

TABELA 2. Distribuição das parturientes segundo a idade da primeira gravidez.

| IDADE DA PRIMEIRA GRAVIDEZ | No. Parturientes |     |
|----------------------------|------------------|-----|
|                            | f                | %   |
| até 16 anos                | 11               | 22  |
| 17-19 anos                 | 17               | 34  |
| 20-34 anos                 | 21               | 42  |
| 35-39 anos                 | 1                | 2   |
| 40 anos ou +               | -                | -   |
| TOTAL                      | 50               | 100 |

Observou-se que 56% das parturientes tiveram o primeiro filho na condição de adolescentes, com idade gestacional de menos de 16 anos até 19 anos (Tabela 2). Esta situação demonstra a necessidade de prestação de serviços educacionais em saúde e de orientação sexual para jovens, os quais têm sua importância corroborada pela puberdade precoce, modificação

da estrutura familiar e enfraquecimento atual dos padrões morais.

TABELA 3. Distribuição das parturientes segundo o estado civil.

| ESTADO CIVIL                   | No. Parturientes |     |
|--------------------------------|------------------|-----|
|                                | f                | %   |
| Casada (de fato ou de direito) | 38               | 76  |
| Solteira                       | 9                | 18  |
| Separada                       | 2                | 4   |
| Viúva                          | 1                | 2   |
| TOTAL                          | 50               | 100 |

Quanto ao estado civil, observou-se que grande parte das respondentes (76 %) são casadas ou vivem regularmente com o companheiro, fato que pode influir nas condições psicológicas e sócio-econômicas, com repercussões favoráveis na evolução da gestação e nas condições do conceito, de acordo com os dados da literatura (Tabela 3).

TABELA 4. Distribuição das parturientes segundo a paridade (número de filhos vivos).

| PARIDADE                  | No. Parturientes |     |
|---------------------------|------------------|-----|
|                           | f                | %   |
| Primípara (1)             | 20               | 40  |
| Multípara (2 a 4)         | 28               | 56  |
| Grande múltipara (5 ou +) | 2                | 4   |
| TOTAL                     | 50               | 100 |

Em relação ao número de filhos vivos, 40% são primíparas enquanto 56% são múltiparas. Somente 4% das parturientes constituem grandes múltiparas (Tabela 4).

TABELA 5. Distribuição das parturientes segundo o intervalo de nascimento do último filho em relação ao anterior, em anos.

| INTERVALO INTERPARTO    | No. Parturientes |     |
|-------------------------|------------------|-----|
|                         | f                | %   |
| Menor ou igual a 2 anos | 4                | 8   |
| Maior que 2 anos        | 26               | 52  |
| Primíparas              | 20               | 40  |
| TOTAL                   | 50               | 100 |

Observou-se também que 52% das parturientes tiveram um intervalo gestacional maior que dois anos em relação ao último parto (Tabela 5), e 40% tiveram o primeiro filho.

Na análise das Tabelas 4 e 5, verificou-se que a grande maioria tem família relativamente pouco numerosa e com intervalo gestacional dentro de limites sanitários satisfatórios, o que de alguma forma pode exercer influência positiva na prevenção da mortalidade e morbidade materna e infantil.

Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais antes da última gestação, 66% revelaram fazer uso dos mesmos (Tabela 13, Anexo 2). A pílula e a tabela Ogino-Knaus mostraram ser os recursos anticonceptivos usados pelas respondentes (Tabela 13a, Anexo 2). Em relação ao planejamento da última gravidez, 60% revelaram terem engravidado sem o desejar (Tabela 12,

Anexo 2), presumindo que o fato aconteceu devido não usarem a pílula regularmente, ou devido a pílula ou a tabela terem "falhado". Cumpre salientar que das entrevistadas que declararam não fazer uso de anticoncepcionais (Tabela 13b, anexo 2), 64% desejavam engravidar (constituindo-se predominantemente em primíparas), e 36% declararam não saber como evitar filhos (sendo este grupo composto por adolescentes, o que enfatiza a necessidade de se fornecer orientação sexual para jovens).

**TABELA 6. Distribuição das parturientes segundo o desejo de maiores informações sobre métodos anticoncepcionais.**

| DESEJO DE MAIORES INFORMAÇÕES<br>SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Sim  | 43               | 86  |
| Não  | 7                | 14  |
| TOTAL  | 50               | 100 |

Quanto ao desejo de saberem mais coisas a respeito do que podem fazer para evitarem filhos, é importante salientar que 86% das entrevistadas responderam de forma positiva (Tabela 6). Do ponto de vista educativo, transparece aqui uma necessidade sentida por este sub-grupo da população obstétrica, que foi expressa claramente durante a realização do presente estudo.

Terem se adaptado bem ao uso da pílula ou terem feito laqueadura no atual parto, foram os motivos alegados pelas

respondentes que declararam não desejarem maiores informações sobre a utilização de métodos anticoncepcionais.

Observou-se também que durante o período de internamento no pós-parto, a maioria das parturientes queixou-se do tempo que custava a passar. Entretanto, o pós-parto deveria constituir-se em um espaço educativo valioso, em que a população ali atendida poderia beneficiar-se no esclarecimento de suas dúvidas. Durante as entrevistas, as parturientes formularam questões, tais como: Quando devo voltar a tomar anticoncepcional? Até quando amamentar o bebê? Quando voltar a ter relações sexuais? Como dar banho e cuidar do bebê? Quando levar o bebê ao médico? Aonde levar? Como posso fazer laqueadura sem pagar? Como se pode observar, na APN se encontram condições favoráveis de receptividade de conteúdos educativos por parte das mulheres.

TABELA 7. Distribuição das parturientes segundo o comparecimento à assistência pré-natal.

| COMPARECIMENTO À ASSISTÊNCIA<br>PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Sim                                       | 47               | 94  |
| Não                                       | 3                | 6   |
| TOTAL                                     | 50               | 100 |

Em relação à assistência pré-natal, 94% das respondentes declararam terem comparecido ao mesmo (Tabela 7). Das 3 gestantes que não o frequentaram, 1 alegou que não o fez por falta de tempo (trabalhava de dia e estudava à noite) e 2 alegaram que não conheciam este tipo de serviço (Tabela 20a, Anexo 2).



TABELA 8. Distribuição das parturientes segundo o motivo do comparecimento à assistência pré-natal

| MOTIVO DO COMPARECIMENTO À ASSISTÊNCIA PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Garantir a saúde da mãe e do bebê                | 42               | 84  |
| Garantir hospital no parto                       | 5                | 10  |
| Não compareceram ao pré-natal                    | 3                | 6   |
| TOTAL  | 50               | 100 |

Quanto ao motivo que levou a respondente a procurar o referido atendimento, a grande maioria (84%) revela que o fez para garantir tanto a própria saúde como a saúde do bebê (Tabela 8). Destes dados pode-se inferir que a quase totalidade procurou o pré-natal devido a gestação, o que pode ser traduzido como uma manifestação de interesse em receber cuidados médicos no período gestacional. O fato fica reforçado ao se analisar os dados da tabela 9.

TABELA 9. Distribuição das parturientes segundo o trimestre de gestação em que iniciou a assistência pré-natal.

| INICIO DO PRE-NATAL          | No. Parturientes |     |
|------------------------------|------------------|-----|
|                              | f                | %   |
| Primeiro trimestre           | 33               | 66  |
| Segundo trimestre            | 13               | 26  |
| Terceiro trimestre           | 1                | 2   |
| Não frequentaram o pré-natal | 3                | 6   |
| TOTAL                        | 50               | 100 |

Em relação ao período em que ocorreu a primeira consulta no pré-natal, verificou-se que 66% o procuraram no primeiro trimestre da gravidez, o que seguramente beneficia a evolução da mesma (Tabela 9).

TABELA 10. Distribuição das parturientes segundo o número de consultas realizadas na assistência pré-natal.

| No. DE CONSULTAS NO PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|-------------------------------|------------------|-----|
|                               | f                | %   |
| Cinco ou menos consultas      | 18               | 36  |
| Seis ou mais consultas        | 29               | 58  |
| Nenhuma (não compareceu)      | 3                | 6   |
| TOTAL                         | 50               | 100 |

Observou-se que 58% compareceram a mais de 6 consultas, número considerado ideal e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (Tabela 10). Este fato pode traduzir o interesse e a aceitação do serviço pelas gestantes.

Contudo, não deixa de causar preocupação o fato de que 36% das respondentes compareceram a cinco ou menos consultas. Pode-se inferir que o motivo deste não comparecimento ideal se deva ao tempo em que as mesmas tiveram que esperar para serem atendidas.

TABELA 11. Distribuição das parturientes segundo o tempo de espera no serviço de assistência pré-natal.

| TEMPO DE ESPERA NO PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|------------------------------|------------------|-----|
|                              | f                | %   |
| Até 30 minutos               | 11               | 22  |
| 1 hora                       | 1                | 2   |
| 1 hora e meia                | 8                | 16  |
| 2 horas                      | 5                | 10  |
| Mais de 2 horas              | 22               | 44  |
| Não frequentaram o pré-natal | 3                | 6   |
| TOTAL                        | 50               | 100 |

Os dados revelaram que 28% das respondentes esperaram de 1 hora até 2 horas para serem atendidas e que 44% esperaram mais de 2 horas (Tabela 11). Talvez este fato represente um dos maiores problemas na área da assistência pré-natal. Considerando-se o fato de que muitas das mulheres residem relativamente longe do posto de saúde, é fácil compreender uma das queixas registradas no presente estudo: "tinha que pegar 2 ônibus para chegar ao pré-natal e depois ficava esperando na fila mais de duas horas, o que me deixava muito cansada, além de ter que deixar meu filho em casa sozinho".

TABELA 12. Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre o uso de fumo, álcool e drogas na gravidez e seus efeitos sobre o feto.

| OPINIÃO SOBRE O USO<br>DO FUMO, ALCOOL E DROGAS E<br>SEUS EFEITOS SOBRE O FETO | Parturientes |     |
|--|--------------|-----|
|  | f            | %   |
| Prejudica a saúde/causa excepcionalidade                                       | 14           | 28  |
| Prejudica a saúde/não causa excepcionalidade                                   | 34           | 68  |
| Não prejudica a saúde/causa excepcionalidade                                   | -            | -   |
| Não prejudica a saúde/não causa excepcional.                                   | -            | -   |
| Não sabe   | 2            | 4   |
| TOTAL  | 50           | 100 |

A maioria das parturientes considera que o fumo, o álcool e as drogas durante a gravidez podem prejudicar a saúde do feto, contudo não são passíveis de causar-lhe excepcionalidade (Tabela 12).

TABELA 13. Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre os efeitos de intercorrências clínicas na gravidez sobre o feto.

| OPINIÃO SOBRE<br>INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ<br>E SEUS EFEITOS SOBRE O FETO | Parturientes |     |
|--|--------------|-----|
|  | f            | %   |
| Prejudica a saúde/causa excepcionalidade   | 12           | 24  |
| Prejudica a saúde/não causa excepcionalidade   | 36           | 72  |
| Não prejudica a saúde/causa excepcionalidade   | -            | -   |
| Não prejudica a saúde/não causa excepcional.   | -            | -   |
| Não sabe   | 2            | 4   |
| TOTAL  | 50           | 100 |

A maioria das entrevistadas (72%) considera que intercorrências clínicas na gravidez, como complicações e doenças da mãe, podem prejudicar a saúde do feto, contudo não podem causar-lhe excepcionalidade (Tabela 13).

TABELA 14. Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre a frequência ao pré-natal e seu efeito sobre o feto.

| OPINIÃO SOBRE A<br>FREQUÊNCIA AO PRÉ-NATAL E<br>SEU EFEITO SOBRE O FETO | Parturientes |     |
|---|--------------|-----|
|   | f            | %   |
| Previne a excepcionalidade  | 16           | 32  |
| Não previne a excepcionalidade  | 33           | 66  |
| Não sabe  | 1            | 2   |
| TOTAL   | 50           | 100 |

As parturientes, em sua maioria (66%), não associam a frequência ao pré-natal com a prevenção da excepcionalidade (Tabela 14).

A assistência pré-natal é um fator importante na redução da mortalidade e morbidade perinatal de acordo com os dados da literatura, o que se compreende facilmente, visto que muitas patologias maternas que atingem o feto podem ser tratadas ou controladas nesse período evitando efeitos danosos para o conceito. Este ponto de vista, em parte, parece ser partilhado pela maioria das respondentes do presente estudo, que acredita que complicações ou doenças que atingem a mulher grávida, bem como o uso de fumo, álcool e drogas na gestação, podem prejudicar a saúde do bebê

(Tabelas 12 e 13). Acreditam que estas intercorrências podem fazer com que o bebê nasça sobretudo com problemas no coração, no pulmão, no fígado e na pele.

Contudo, é interessante notar que as respondentes não reconhecem que estas intercorrências podem fazer com que o bebê nasça com excepcionalidade. Da mesma forma, não têm conhecimento de que o pré-natal pode prevenir o nascimento de crianças com tal problemática (Tabela 14).

A desinformação sobre a etiologia e a prevenção da excepcionalidade fica claramente evidenciada, quando a maioria das entrevistadas aponta as seguintes causas prováveis da ocorrência de nascimentos de bebês excepcionais:

- gestante que "repara" em pessoas excepcionais;
- gestante que "repara" em animais defeituosos;
- castigo de Deus;
- gestante que rejeita o filho.

Uma respondente registrou, assim, o seu modo de pensar: "a mãe que não deseja o filho, rejeita, xinga o filho no ventre; assim Deus castiga para ela ficar com remorso". Tal constatação evidencia implicações psicológicas e educacionais significativas e mostra a importância da educação da gestante em áreas particularmente comprometidas por preconceitos, tabus e tradições culturais, que podem ter um impacto extremamente prejudicial na prevenção da excepcionalidade infantil.

Em relação a incidência de partos hospitalares, a mesma foi de 100%, o que constitui uma situação altamente favorável na promoção da saúde materno-infantil.

Contudo, durante a realização do presente estudo, observou-se que a maioria das respondentes tiveram que percorrer 2 a 3 hospitais antes de serem atendidas, sendo que uma delas veio a ter o bebê na sala de admissão do hospital. Vale ressaltar que uma das respondentes percorreu 3 hospitais, utilizando-se de ônibus até ser atendida na maternidade em estudo. Isso significa que a gestante, após realizar o seu pré-natal, não recebeu a orientação necessária para onde se dirigir no momento do parto, não havendo interação entre os serviços de assistência pré-natal e hospitalar, o que sem dúvida pode incidir em riscos materno-infantis.

TABELA 15. Distribuição das parturientes segundo o tipo de parto.

| TIPO DE PARTO       | No. Parturientes |     |
|---------------------|------------------|-----|
|                     | f                | %   |
| Normal              | 30               | 60  |
| Cesárea             | 17               | 34  |
| Normal, com fórceps | 3                | 6   |
| TOTAL               | 50               | 100 |

Quanto ao parto, 60% foram do tipo normal, 34% do tipo cesárea e 6% do tipo normal com fórceps (Tabela 15).

TABELA 16. Distribuição dos recém-natos segundo a vitalidade fetal.

| VITALIDADE FETAL | No. Recém-natos |     |
|------------------|-----------------|-----|
|                  | f               | %   |
| Nativivo         | 47              | 94  |
| Natimorto        | 3               | 6   |
| Neomorto         | -               | -   |
| TOTAL            | 50              | 100 |

Quanto à vitalidade fetal, 94% dos recém-natos constituíram-se de nativivos, sendo 6% natimortos (Tabela 16).

TABELA 17. Distribuição dos nascimentos segundo o tempo gestacional.

| TEMPO GESTACIONAL | No. Nascimentos |     |
|-------------------|-----------------|-----|
|                   | f               | %   |
| A termo           | 48              | 96  |
| Prematuro         | 2               | 4   |
| TOTAL             | 50              | 100 |

Em relação à ocorrência dos nascimentos de acordo com o tempo de gestação, 96% nasceram à termo da gravidez e somente 4% foram prematuros (Tabela 17).

Contudo, vale ressaltar que entre os prematuros, todos resultaram em natimortos, o que evidencia a problemática de tal condição, já relatada na revisão de literatura.



TABELA 18. Distribuição das recém-nascimentos segundo o peso ao nascer.

| PESO AO NASCER (em gramas) | No. Recém-nascidos |     |
|----------------------------|--------------------|-----|
|                            | f                  | %   |
| Menos de 2.501 g           | 6                  | 12  |
| 2.501 - 3.000 g            | 19                 | 38  |
| Mais de 3.000 g            | 25                 | 50  |
| TOTAL                      | 50                 | 100 |

Analisando-se as informações referentes ao peso do recém-nato, constatou-se que 50% estavam acima de 3.000 g, o que pode ser considerado reflexo da assistência pré-natal e influir nas condições de vida do recém-nascido (Tabela 18). Contudo, causa preocupação a incidência de 38% de recém-nascidos que pesaram entre 2.501 e 3.000 g, peso considerado deficiente, segundo os dados relatados na literatura. Segundo estes dados, um dos motivos do peso deficiente ao nascer se deve às deficiências nutricionais da gestante.

TABELA 19. Distribuição das parturientes segundo a renda familiar.

| RENDA FAMILIAR            | No. Parturientes |     |
|---------------------------|------------------|-----|
|                           | f                | %   |
| Sem remuneração           | 3                | 6   |
| 1 salário mínimo          | 5                | 10  |
| 1 salário mínimo e meio   | 3                | 6   |
| 2 a 3 salários mínimos    | 25               | 50  |
| 3 salários mínimos e meio | -                | -   |
| 4 salários mínimos ou +   | 14               | 28  |
| TOTAL                     | 50               | 100 |

Verificou-se que 66% das parturientes possui renda familiar até 3 salários mínimos e 6% no momento estavam sem renda devido ao desemprego (Tabela 19). Com estes dados pode-se presumir que a maioria da população em estudo deve apresentar problemas de caráter nutricional.

TABELA 20. Distribuição das parturientes segundo as principais intercorrências clínicas durante a gravidez.

| INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS        | No. Parturientes |     |
|---------------------------------|------------------|-----|
|                                 | f                | %   |
| Anemia                          | 22               | 44  |
| Toxemia gravídica               | 5                | 10  |
| Placenta prévia                 | 2                | 4   |
| Descolamento prematuro placenta | 1                | 2   |
| Ausência de intercorrências     | 20               | 40  |
| TOTAL                           | 50               | 100 |

A intercorrência clínica mais significativa apresentada pelas respondentes, na gravidez, foi a anemia (Tabela 20).

Evidencia-se assim a necessidade de se inserir na assistência pré-natal, programas de educação nutricional e suplementação alimentar para gestantes. Não deixa de chamar a atenção o fato de que 16% apresentaram intercorrências clínicas como a placenta prévia, o descolamento prematuro da placenta e a toxemia gravídica, as quais, segundo a literatura compulsada, são elementos de risco na determinação da excepcionalidade infantil.

TABELA 21. Distribuição das parturientes segundo o exercício de atividade profissional.

| EXERCÍCIO DE<br>ATIVIDADE PROFISSIONAL | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Sim                                    | 23               | 46  |
| Não                                    | 27               | 54  |
| TOTAL                                  | 50               | 100 |

Observou-se que 46% das entrevistadas exerceram atividades profissionais durante a gestação (Tabela 21).

TABELA 22. Distribuição das parturientes segundo o número de horas de exercício de atividade profissional.

| No. DE HORAS DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Menos de 20 horas semanais                          | 2                | 4   |
| De 20 a 40 horas semanais                           | 19               | 38  |
| + de 40 horas semanais                              | 2                | 4   |
| Não exerceu atividade profissional                  | 27               | 54  |
| TOTAL   | 50               | 100 |

Evidenciou-se que 38% das respondentes trabalharam de 20 a 40 horas semanais e 4% mais de 40 horas semanais (Tabela 22).

TABELA 23. Distribuição por trimestre, do exercício profissional das parturientes

| TRIMESTRE DE GESTAÇÃO DO EXERCÍCIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Primeiro trimestre   | 2                | 4   |
| Primeiro e segundo trimestres                                | 3                | 6   |
| Todos os trimestres  | 18               | 36  |
| Não exerceu atividade profissional                           | 27               | 54  |
| TOTAL  | 50               | 100 |

Vale ressaltar que 36% das respondentes trabalharam em todos os trimestres da gestação (Tabela 23).

Como a maioria delas informou que trabalhou como diarista (Tabela 5, Anexo 2), é fácil supor que estas mulheres realizaram trabalho físico árduo, de várias horas diárias, os quais, segundo a literatura revisada, pode comprometer o desenvolvimento fetal, contribuindo para o peso deficiente do recém-nato.

TABELA 24. Distribuição das parturientes segundo a formulação de perguntas ao médico na assistência pré-natal.

| FORMULAÇÃO DE PERGUNTAS AO MÉDICO<br>NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Conseguiu perguntar   | 17               | 34  |
| Não conseguiu perguntar                                       | 30               | 60  |
| Não frequentou o pré-natal                                    | 3                | 6   |
| TOTAL   | 50               | 100 |

A maioria das entrevistadas (60%) alegou não ter conseguido perguntar ao médico tudo o que desejava saber sobre si ou sobre o seu bebê, na assistência pré-natal (Tabela 24).

As mesmas relataram que o fato deu-se devido ao médico atendê-las de forma apressada e não dar-lhes "chance" (sic); algumas apontaram o fato de que chegavam a perguntar, contudo não obtinham respostas. Entre as perguntas que não foram formuladas ou respondidas evidenciam-se: Como são as dores do parto? Como são os sinais do parto? Quando ir para a maternidade? Até quando ter relações sexuais? Por que a

pílula falhou? Por que fazer tais exames? Por que faz mal para o bebê?"

TABELA 25. Distribuição das parturientes segundo a informação recebida do médico e/ou enfermeira sobre o porquê da realização de exames de sangue e urina, controle de peso e medida da pressão.

| INFORMAÇÃO RECEBIDA DO MÉDICO<br>E/OU ENFERMEIRA DURANTE O<br>PRÉ-NATAL | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Enfermeira sim/médico sim   | 2                | 4   |
| Enfermeira sim/médico não   | -                | -   |
| Enfermeira não/médico sim   | 4                | 8   |
| Enfermeira não/médico não   | 41               | 82  |
| Não frequentou o pré-natal  | 3                | 6   |
| TOTAL   | 50               | 100 |

Observou-se que nem o médico nem a enfermeira costumam explicar às gestantes o motivo da realização de exames de rotina, como os de urina e sangue, além do controle de peso e medida da pressão (Tabela 25), evidenciando a perda de um momento importante de maior esclarecimento à gestante.

TABELA 26. Distribuição das parturientes segundo o entendimento do modo de falar do médico durante a assistência pré-natal.

| ENTENDIMENTO DO MODO DE FALAR<br>DO MÉDICO | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Falam coisas fáceis de entender            | 18               | 36  |
| Falam coisas difíceis de entender          | 27               | 54  |
| Não sei                                    | 2                | 4   |
| Não frequentaram o pré-natal               | 3                | 6   |
| TOTAL                                      | 50               | 100 |

A maioria das respondentes (54%) revelou que os médicos falam de forma difícil, de modo que muitas vezes elas não entendem o que dizem (Tabela 26).

Estes dados levam à constatação de que a interação do médico com as pacientes tem-se limitado a encontros rápidos, fato que tem dado margem à insatisfação e críticas no que concerne à atmosfera do ambiente da assistência pré-natal. Após rápida entrevista, a paciente submete-se a uma série de exames, em contato com profissionais apressados, incapazes de interpretar interesses e expectativas da paciente, falta de clareza nas explicações e utilização de jargão técnico. Como relata uma paciente: "o médico é apressado, não fala nada e quando fala enrola, não deixa a gente à vontade"

O fato de a respondente não ter conseguido perguntar tudo é uma barreira que impede a aquisição de conhecimentos na área de saúde, comprometendo a prevenção no grupo materno-infantil.

Deve-se considerar também que a compreensão da paciente a respeito de suas condições físicas, afeta não só o processo de comunicação com o médico, mas também a resposta à orientação recebida, reforçando os dados levantados na revisão de literatura.

No levantamento de sugestões para a melhoria das condições da assistência pré-natal, as respondentes levantaram os seguintes itens, por ordem de importância:

- atendimento mais rápido
- mais atenção por parte do médico
- maior tempo para a consulta
- aulas para gestantes
- mais médicos para atender
- farmácia melhor abastecida
- dentista

O atendimento mais rápido justifica-se pelo fato de a gestante dispendir várias horas até ser atendida, conforme já foi anteriormente mencionado. Mais atenção por parte do médico, maior tempo para a consulta e aulas para gestantes evidenciam a necessidade desta população em receber maiores informações e esclarecimentos sobre o momento que vivenciam, isto é, sobre a gestação e o parto. É interessante observar que as gestantes que sugeriram aulas, haviam frequentado as mesmas em gravidezes anteriores e as acharam excelentes. A este respeito, uma gestante afirmou: "eu frequentei anos atrás escolinha para gestantes e acho que isto deveria ter sempre e em todos os postos".

Quanto à sugestão de que há necessidade de maior número de médicos para o atendimento no pré-natal, as entrevistadas alegaram que é raro o médico chegar no seu horário de trabalho, o que faz aumentar a fila, tornar o atendimento rápido e apressado. Uma queixa levantada foi a de que quando o médico se afasta do posto de atendimento pré-natal, há uma demora muito grande em ser substituído, sendo que esta demora



pode ser de meses, o que altera todo o esquema de pré-natal já iniciado pela gestante.

As respondentes relataram que a farmácia do posto de saúde quase nunca possui os medicamentos receitados pelo médico. A solicitação de dentista no posto, evidencia a preocupação das mulheres em tratarem os seus dentes, visto que, no decorrer das entrevistas, observou-se que um grande número possuía problemas dentários.

TABELA 27. Distribuição das parturientes segundo a necessidade de orientação para suas dúvidas e incertezas durante a gestação.

| NECESSIDADE DE ORIENTAÇÃO<br>PARA DÚVIDAS E INCERTEZAS | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Sim  | 48               | 96  |
| Não  | 2                | 4   |
| TOTAL  | 50               | 100 |

A grande maioria das entrevistadas (96%) considera que gestantes sentem falta de orientação para suas dúvidas e incertezas durante a gestação (Tabela 27). Um grande número (86%) revelou que sentiu necessidade de saber mais durante a gravidez, sendo que 72% recorreram a parentes e amigas (Tabela 29a, Anexo 2). Entre os parentes, destacaram-se a mãe, irmãs mais velhas e o marido. Entre as amigas, destacaram-se as vizinhas.

Tudo leva a crer que o processo educativo tenha sido seriamente negligenciado pela equipe médica e paramédica. É preciso aceitar a premissa de que a paciente tem o direito

inalienável de conhecer as suas condições de saúde ("o que minha pressão alta pode causar a mim e ao bebê?"), a natureza de seus problemas ("por que meu bebê morreu ao nascer?"), os recursos comunitários à sua disposição ("onde fazer a laqueadura de graça?") e à disposição de seus familiares ("onde devo levar o bebê para consultar?"), e como proceder quando possível, para evitar agravos futuros ("quando posso voltar a ter relações sexuais?" "Quando devo tomar a pílula de novo?")

TABELA 28. Distribuição das parturientes segundo escolaridade.

| ESCOLARIDADE              | No. Parturientes |     |
|---------------------------|------------------|-----|
|                           | f                | %   |
| Sem escolaridade          | 1                | 2   |
| 1o. grau completo         | 1                | 2   |
| 1o. grau incompleto       | 41               | 81  |
| 2o. grau completo         | 5                | 10  |
| 2o. grau incompleto       | 2                | 4   |
| curso superior completo   | -                | -   |
| curso superior incompleto | -                | -   |
| TOTAL                     | 50               | 100 |

A maioria das entrevistadas possui o primeiro grau incompleto (81%), sendo que 16% terminaram o primeiro grau ou frequentaram o segundo grau (Tabela 28). O fato de as respondentes terem demonstrado preocupação em regular sua fertilidade e de terem se utilizado da assistência pré-natal

e parto hospitalar, pode estar relacionado ao seu nível de escolaridade. Segundo a OMS, mulheres alfabetizadas ou com mais escolaridade tendem a ser mais receptivas aos cuidados em saúde e na promoção da saúde materno-infantil.

## CAPITULO 5

### CONCLUSOES E SUGESTOES

Para facilitar a compreensão do leitor, a conclusão será dividida em 3 secções:

#### 5.1 RETROSPECTIVA DO ESTUDO

A título de investigação, inicialmente foram colocadas as seguintes questões norteadoras sob as quais se desenvolveu todo o processo metodológico:

Questão 1 - Terá a gestante informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre os cuidados durante a gestação e a prevenção da excepcionalidade infantil?

Questão 2 - Terá a gestante informações que lhe permitam estabelecer uma associação entre frequência ao pré-natal e a prevenção da excepcionalidade infantil?

Questão 3 - Terá a gestante necessidade de um espaço dentro da assistência pré-natal, onde possa receber a orientação de que precisa para evitar a morte ou a excepcionalidade infantis e onde possa expor suas dúvidas e ansiedades decorrentes do período gestacional?

A seguir, foram enfocados os quatro pressupostos que permitiram revelar os pontos básicos da sustentação teórico-qualitativa do presente estudo:

Pressuposto 1 - A gestante não possui informações suficientes que lhe permitam estabelecer uma associação entre cuidados durante a gestação e prevenção da excepcionalidade infantil.

Pressuposto 2 - A gestante não possui informações que lhe permitam estabelecer uma associação entre frequência ao pré-natal e prevenção da excepcionalidade infantil.

Pressuposto 3 - A gestante necessita de um espaço, dentro da assistência pré-natal, onde possa receber a informação e a orientação de que precisa para evitar a morte ou a excepcionalidade infantil e onde possa expor suas dúvidas e ansiedades decorrentes do período gestacional.

Pressuposto 4 - A assistência pré-natal é condição necessária para prevenir a excepcionalidade infantil. Desta forma, o pré-natal, além do atendimento médico, deve propiciar à gestante, um atendimento psico-educacional, desencadeando-se num processo de formação de Recursos Humanos e Educação Permanente.

Com base nas questões e pressupostos acima, foram entrevistadas 50 parturientes, internadas no Hospital Victor do Amaral.

A revisão da literatura, por sua vez, abordou o problema da excepcionalidade infantil com relação aos aspectos gerais (etiologia, incidência, prognóstico e prevenção). Da mesma forma, relacionou os aspectos acima à assistência pré-natal. Ressaltou que esta assistência, pelas atividades desenvolvidas a nível primário, constitui, por sua natureza e

objetivos, elemento importante de desenvolvimento humano e educação permanente.

## 5.2 CONCLUSÕES A PARTIR DOS DADOS

Com base nos dados apresentados no Capítulo 4, chegou-se às seguintes conclusões:

- O nível socio-econômico da maioria do grupo estudado é baixo, com renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos, sendo que quase metade das entrevistadas (46%) exerceu atividades profissionais exaustivas, na condição de diaristas, trabalhando de 20 a 40 horas semanais e em todos os trimestres da gestação.

- O grupo estudado encontra-se dentro dos padrões considerados ideais para a reprodução, verificando-se que a maioria das entrevistadas é casada (de fato ou de direito), situa-se na faixa etária de 20 a 34 anos, possui de 1 a 4 filhos e guardou um intervalo interparto maior que 2 anos, em relação ao último filho. Demonstrou interesse em regular a fertilidade e planejar a família, sendo que a maioria das respondentes evidenciou o desejo de obter maiores informações a respeito de métodos anticoncepcionais.

- O grupo estudado, em sua maioria, enquadrou-se nas condições ideais de frequência ao pré-natal, preconizadas pela OMS, tendo comparecido ao referido atendimento, no primeiro trimestre da gestação e realizado de 6 a mais consultas. Contudo, a assistência pré-natal não propiciou um

atendimento eficiente, visto que a maioria das entrevistadas teve que esperar de 1 hora a 2 horas ou mais para ser atendida e além disso, não obteve o espaço e a consideração suficientes para aclarar suas dúvidas e incertezas.

- A anemia constituiu-se na intercorrência clínica mais frequente na gravidez.

- O grupo estudado, em sua maioria, compreende a frequência à assistência pré-natal como forma de garantir a saúde da gestante e do bebê que vai nascer. Da mesma forma, entende que o uso do fumo, do álcool e das drogas durante a gravidez, bem como as intercorrências clínicas (complicações e doenças), podem afetar a saúde física do feto.

- Entretanto, as informações que a maioria do grupo estudado possui em relação à ocorrência de nascimento de um bebê excepcional não correspondem à realidade, evidenciando predomínio de crenças culturais e deficiência educativa, apesar de possuírem o primeiro grau incompleto. Por este motivo, a maioria das entrevistadas não associa a frequência ao pré-natal, o uso do fumo, do álcool e das drogas durante a gravidez, bem como as intercorrências clínicas (complicações e doenças) na gestação, com a prevenção da excepcionalidade infantil, o que vem confirmar os pressupostos 1 e 2 do presente estudo.

- A interação entre a maioria do grupo estudado e o médico, na assistência pré-natal, foi prejudicada, devido a atitude do médico, que prestou atendimento apressado, utilizou uma linguagem pouco acessível e não propiciou a

liberdade necessária para a realização de perguntas e dissolução de dúvidas. Da mesma forma, tanto o médico como a enfermeira não aproveitaram os momentos em que interagiram com a maioria das entrevistadas, omitindo-lhes informações a respeito do porquê de exames de rotina, como sangue e urina, medida de pressão e controle de peso. O grupo estudado, em sua maioria, procurou superar as deficiências educacionais da assistência pré-natal, buscando informações e orientações sobre suas dúvidas e incertezas entre parentes e amigas, destacando-se a mãe, as irmãs mais velhas, o marido e as vizinhas. Para a maioria das entrevistadas, a assistência pré-natal deveria proporcionar atendimento mais rápido, médicos mais atenciosos, consultas mais longas e aulas para gestantes. Os dados acima vêm corroborar os pressupostos 3 e 4 do presente estudo.

- As condições do parto do grupo estudado estão dentro dos critérios considerados ideais, visto que a maioria teve parto normal, com conceptos vivos, de nascimento a termo, e com mais de 3000 g. Contudo, o peso deficiente dos recém-nascidos de 38% das entrevistadas constitui-se numa condição preocupante no prognóstico de saúde infantil.

### 5.3 CONCLUSÕES INFERENCIAIS E SUGESTÕES

Os dados coletados ofereceram elementos fundamentais para a análise dos pressupostos apresentados no Capítulo 1. A



partir deles, verificou-se que aqueles enunciados são, se não em sua totalidade, mas em parte, confirmados.

Considera-se uma pesquisa como uma investigação que transcende a sua conclusão formal e materialmente exposta, como uma caminhada que vai além dos seus próprios resultados.

Assim, sem considerá-la ainda terminada, outras conclusões inferenciais e sugestões podem abrir novos caminhos:

- O fato da maioria do grupo estudado enquadrar-se dentro dos padrões de fertilidade regulada, de ter frequentado o pré-natal e contar com algum nível de escolaridade, pode estar correlacionado à baixa incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre os recém-nascidos. Contudo, o fato de algumas entrevistadas declararem não terem desejado a última gravidez e serem usuárias de métodos anticoncepcionais, leva à suposição de que não utilizaram estes métodos corretamente, indicando que maiores informações sobre o planejamento familiar poderiam prevenir uma gestação não planejada. Levando-se isto em consideração e também o desejo da maioria das mulheres em obterem mais informações a respeito de anticonceptivos, sugere-se a implantação de serviços de planejamento familiar, dentro e fora da APN.

- Da mesma forma, considerando-se que a maioria das entrevistadas ficou grávida pela primeira vez em idade adolescente, sugere-se que o sistema oficial de ensino, em todos os seus níveis, proporcione educação sexual aos seus alunos, de acordo com a sua idade e características sócio-culturais, com professores especializados, que abordem

o assunto tanto sob o ponto de vista biológico, como psicológico e sócio-cultural.

- O peso deficiente apresentado por um número razoável de recém-natos pode estar correlacionado à fadiga materna, no exercício de atividades profissionais, e à anemia, intercorrência clínica mais frequentemente apresentada. Por outro lado, visto que o prognóstico destes recém-natos é incerto, sugere-se o acompanhamento destes bebês até pelo menos 3 anos de idade, com o objetivo de obter-se padrões de referência sobre o crescimento e o desenvolvimento, a frequência e o tipo de sequelas que possam vir a apresentar, a fim de se proceder a intervenção precoce adequada, se necessário.

- Considerando-se que a maioria das entrevistadas mostrou possuir informações distorcidas sobre a etiologia da excepcionalidade e uma vez que informações corretas são imprescindíveis na prevenção desta ocorrência, sugere-se uma maior ênfase e difusão do tema 'etiologia e prevenção da excepcionalidade', seja na APN, seja nos meios de massa ou outros ambientes educativos. Vale lembrar que as informações distorcidas apresentadas pelas entrevistadas contribui em muito para o preconceito e a discriminação da família e do indivíduo excepcional.

- A APN, colocada à disposição da maioria das entrevistadas, pareceu focalizar somente os aspectos biológicos, não levando em conta as necessidades e circunstâncias psicológicas, sociais e educacionais das

mesmas. Considerando-se as expectativas das mulheres, as observações efetuadas no presente estudo levaram à conclusão de que a assistência pré-natal pode e deve constituir-se num espaço educativo de extrema importância, e transcender o aspecto gestacional. Nele a gestante pode aprender como planejar a sua família, como cuidar da sua saúde e da saúde do seu bebê, bem como prevenir a excepcionalidade infantil, aspectos inerentes à sua educação permanente. Revela-se aqui também a função da APN como formação de recursos humanos, desde que as gestantes partilham o que aprendem com a família e outros. Vale também ressaltar a importância da inclusão paterna na APN, visto que é componente essencial na família.

- Sugere-se, aos órgãos governamentais responsáveis, colocarem em prática um sistema em que a gestante, já no pré-natal, tenha assegurada a garantia de seu parto, em hospital previamente determinado, a fim de evitar a peregrinação da mesma por vários hospitais, até encontrar algum que a acolha. Da mesma forma, há necessidade de que a programação e a administração da APN levem em consideração os interesses das mulheres que dela se beneficiam.

- Identificadas as atividades desenvolvidas na APN como processo de educação permanente, uma vez que visam integrar as experiências das gestantes a novos conhecimentos para a prática consciente de uma melhor qualidade de-vida, sugere-se a mobilização de profissionais ligados à área, tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais,

educadores, para comporem equipes multidisciplinares, a fim de atuarem diretamente neste setor.

- Contudo, a escassez de literatura específica, os poucos cursos existentes sobre o assunto, comprometem a formação ou atualização de profissionais envolvidos na área. Assim, sugere-se a mobilização da Universidade, para que esta participe ativamente na melhoria da APN. Isto poderá ser feito, mediante atividades de:

a) ensino (inclusive, por meio de serviço de estagiários, que tenham por objetivo cooperar na APN, nas ações destinadas a propiciar atividades educativas às usuárias em seu tempo disponível, como na sala de espera e internamento);

b) extensão (propiciando cursos específicos para profissionais envolvidos na área);

c) pesquisa (no desenvolvimento de tecnologias apropriadas para a educação permanente de pessoal de saúde, mulheres grávidas e comunidade).

- Sugere-se, também, que o presente trabalho, elaborado como dissertação no curso de Mestrado em Educação, área de concentração em Recursos Humanos e Educação Permanente, possa servir como subsídio para a formação de profissionais interessados no assunto.

- Finalmente, vale ressaltar que os princípios da igualdade, da justiça social e o compromisso com as necessidades e aspirações da mulher gestante devem se constituir na mola propulsora da APN, uma vez que pode converter-se na chave para a promoção da saúde materno-infantil e a prevenção da excepcionalidade.

## RÉSUMÉ

L'investigation ici présentée, a pour objectif l'étude des causes les plus importantes de l'exceptionnalité infantile, par rapport à la phase gestationnelle, l'identification des facteurs psychosociaux qui les causent et les précautions nécessaires à leur prévention.

Toutefois, le sujet en question présente des limitations qui résulte de sa propre complexité.

Les présuppositions de notre travail sont: a) la femme enceinte n'a pas assez d'informations pour qu'elle puisse associer les soins inhérents à sa grossesse à la prévention de l'exceptionnalité infantile; b) l'enceinte n'a assez d'informations pour qu'elle puisse associer la fréquence au service pré-natal à la prévention de l'exceptionnalité infantile; c) l'enceinte a besoin d'un espace défini dans les services pré-natals pour qu'elle soit informée et orientée sur ce qu'elle aura à faire pour parer la mort ou l'exceptionnalité de son enfant conçu et, aussi pour qu'on lui donne la chance d'exposer ses incertitudes, malaises et inquiétudes qui résultent de la période gestationnelle; d) les services pré-natals sont la condition nécessaire pour prémunir l'exceptionnalité infantile.

De cette façon, le pré-natal, outre la consultation médicale, doit procurer à l'enceinte un accueillement psycho-éducatif qui aboutira à la formation de ressources humaines et d'éducation permanente.

La révision de la littérature a été faite à partir d'une étude systématique, ressortis les points suivants: a) les aspects bio-physiologiques et psycho-sociaux de la grossesse,

par rapport à l'étiologie de l'exceptionnalité. b) les aspects par rapport aux soins pré-natals inadéquats et l'exceptionnalité. c) les soins pré-natals comme un procédé d'éducation permanente et formation de ressources humaines pour prévenir l'exceptionnalité infantile.

Un total de cinquante accouchées à l'Hôpital Victor do Amaral, à Curitiba, Paraná, Brésil, ont été entrevues. La confrontation des résultats obtenus montre que, malgré le bas niveau socio-économique du groupe, on doit l'insérer parmi les modèles idéaux, pour la reproduction et l'affluence au pré-natal. La plupart des accouchées sont d'avis que les complications, les maladies, les drogues (tabac, alcool, toxiques) qui, pendant la grossesse, touchent la santé du nouveau-né, ne sont pas la cause d'exceptionnalités.

Le groupe témoigne de croyances culturelles et de certaines déficiences éducationnelles, par rapport à l'étiologie d'un bébé exceptionnel, malgré son niveau intellectuel. Cependant, la plupart des accouchées ont signalé les déficiences éducationnelles des services pré-natals et ont cherchés à les supplanter en se procurant des informations et des orientations pour leurs indécisions chez leurs parents et amis.

On conclut que le service pré-natal peut et doit établir un espace pour l'éducation permanente et la formation de ressources humaines, en assurant des résultats hautement positifs vis-à-vis de la santé materno-infantile et de la prévention de l'exceptionnalité. À ce propos, on suggère la mobilisation des bureaux gouvernementaux, des professionnels concernés et de l'Université, pour qu'on s'occupe des besoins et des aspirations de la femme enceinte, en exerçant les principes d'égalité et de justice social.

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

-----  
Nome: .....  
Local da entrevista: ..... Data: .../.../...  
-----

1. Idade:

- ☐ até 16 anos      ☐ 20-34 anos      ☐ 35-39 anos  
☐ 17-19 anos      ☐ 40 ou + anos

2. Estado Civil:

- ☐ casada (de fato ou de direito)  
☐ solteira  
☐ separada  
☐ viúva

3. Escolaridade:

- ☐ sem escolaridade      ☐ 2o. grau completo  
☐ alfabetizada      ☐ 2o. grau incompleto  
☐ 1o. grau completo      ☐ curso superior completo  
☐ 1o. grau incompleto      ☐ curso superior incompleto

4. Exerceu alguma atividade profissional durante a gestação?

- ☐ sim  
☐ não      (passe à questão 8)

5. Que tipo de atividade exerceu?

.....

6. Esta atividade profissional foi de:

- ☐ menos de 20 horas semanais  
☐ de 20 a 40 horas semanais  
☐ + de 40 horas semanais

7. Em que trimestre (s) da gestação você exerceu atividades profissionais?

.....

## 8. Renda familiar:

- ☐ sem remuneração
- ☐ menos de 1 salário mínimo
- ☐ 1 salário mínimo
- ☐ 1 salário mínimo e meio
- ☐ 2 a 3 salários mínimos
- ☐ 3 salários mínimos e meio
- ☐ 4 salários mínimos ou +

## 9. Com que idade você ficou grávida pela primeira vez?

- ☐ até 16 anos      ☐ 20-34 anos      ☐ 35-39 anos
- ☐ 17-19 anos      ☐ 40 ou + anos

## 10. Quantos filhos você tem (incluindo o recém-nascido)?

- ☐ primípara (1 filho)
- ☐ múltipara (2 a 4 filhos)
- ☐ grande múltipara (5 filhos ou +)

## 11. Qual a idade do(s) seu(s) filhos(s) vivo(s), por ordem de nascimento?

- |  |  |
|--|--|
| a) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... | f) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... |
| b) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... | g) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... |
| c) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... | h) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... |
| d) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... | i) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... |
| e) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... | j) Idade:.....<br>Data de nascimento:..... |

## 12. A sua última gravidez:

- ☐ foi planejada      ☐ não foi planejada

## 13. Antes da sua última gravidez, você usava métodos anticoncepcionais?

- ☐ sim      13a.-Qual? .....
- ☐ não      13b.-Qual o motivo? .....



14. Você gostaria de saber mais coisas a respeito do que os casais podem fazer para evitarem filhos?
- ( ) sim, gostaria  
( ) não, não gostaria  
( ) não sei
15. Você teve complicação(ões) ou doença(s) durante a gravidez?
- ( ) não  
( ) sim                      Especifique: .....
16. Na sua opinião, complicações ou doenças que atingem a mulher grávida, podem:
- ( ) prejudicar a saúde e causar excepcionalidade no bebê  
( ) prejudicar a saúde mas não causar excepcionalidade no bebê  
( ) não prejudicar a saúde mas causar excepcionalidade no bebê  
( ) não prejudicar a saúde e não causar excepcionalidade no bebê  
( ) não sabe
17. Na sua opinião, vícios da gestante (fumo, álcool e drogas), podem:
- ( ) prejudicar a saúde e causar excepcionalidade no bebê  
( ) prejudicar a saúde mas não causar excepcionalidade no bebê  
( ) não prejudicar a saúde mas causar excepcionalidade no bebê  
( ) não prejudicar a saúde e não causar excepcionalidade no bebê  
( ) não sabe
18. Na sua opinião, por que nascem bebês excepcionais?
- .....  
.....
19. Você compareceu ao pré-natal durante a última gravidez?
- ( ) sim                      ( ) não
20. Por que você compareceu / ou não compareceu ao pré-natal?
- .....  
.....

21. Algumas pessoas dizem que o pré-natal pode prevenir o nascimento de um bebê excepcional. Outras pessoas dizem que o pré-natal não pode prevenir o nascimento de um bebê excepcional. O que você acha?
- ☐ ) sim, podem prevenir
  - ☐ ) não, não pode prevenir
  - ☐ ) não sei
22. Em que mês da gravidez você compareceu ao pré-natal pela primeira vez?
- ☐ ) primeiro trimestre
  - ☐ ) segundo trimestre
  - ☐ ) terceiro trimestre
  - ☐ ) nenhum (não compareceu ao pré-natal)
23. A quantas consultas de pré-natal você compareceu?
- ☐ ) cinco ou menos consultas
  - ☐ ) seis ou mais consultas
  - ☐ ) nenhuma (não compareceu ao pré-natal)
24. Quanto tempo você esperava até ser atendida pelo médico, no pré-natal?
- ☐ ) até 30 minutos
  - ☐ ) 1 hora
  - ☐ ) 1 hora e meia
  - ☐ ) 2 horas
  - ☐ ) mais de 2 horas
  - ☐ ) não frequentou o pré-natal
25. Sempre que as gestantes comparecem ao pré-natal, há alguns exames que precisam ser feitos: controlar o peso, medir a pressão, examinar a urina e o sangue. O médico falou a você por que faz isto? E a enfermeira?
- ☐ ) a enfermeira falou/ o médico falou
  - ☐ ) a enfermeira não falou/ o médico não falou
  - ☐ ) a enfermeira falou / o médico não falou
  - ☐ ) a enfermeira não falou/ o médico falou
  - ☐ ) não se aplica ( não frequentou o pré-natal)
26. Durante as consultas no pré-natal, você perguntou ao médico tudo o que você queria saber sobre a sua saúde, sobre o seu tratamento, sobre o seu bebê
- ☐ ) sim      ( passe à questão 28)
  - ☐ ) não
  - ☐ ) não frequentou o pré-natal

27. Qual o motivo pelo qual você não perguntou?

.....  
 .....

28. Algumas pessoas dizem que, no pré-natal, os médicos falam coisas fáceis de entender. Outras pessoas dizem que eles falam coisas difíceis de entender. O que você acha?

- ☐ falam coisas fáceis de entender  
☐ falam coisas difíceis de entender  
☐ não frequentou o pré-natal

29. Você sentiu falta de orientação para as suas dúvidas e incertezas durante a sua última gravidez?

- ☐ sim                      A quem recorreu? .....  
☐ não

30. Na sua opinião, o que falta no pré-natal, para ele funcionar melhor?

.....  
 .....

#### DADOS OBSTETRICOS-PEDIATRICOS

31. Vitalidade fetal:

- ☐ nativivo  
☐ natimorto  
☐ neomorto

32. Nascimento:

- ☐ prematuro                      Peso: .....  
☐ a termo                      Peso: .....

33. Tipo de parto:

- ☐ normal  
☐ cesárea  
☐ normal, com fórceps

## ANEXO 2

## TABELAS

\* A numeração das tabelas apresentadas na análise e interpretação de dados, não corresponde à numeração apresentada no presente anexo. A presente numeração corresponde aos itens do roteiro de entrevista (anexo 1).

TABELA 1. Distribuição das parturientes segundo a idade.

| IDADE (em anos) | No. Parturientes |     |
|-----------------|------------------|-----|
|                 | f                | %   |
| até 16 anos     | 2                | 4   |
| 17-19 anos      | 7                | 14  |
| 20-34 anos      | 36               | 72  |
| 35-39 anos      | 5                | 10  |
| 40 anos ou +    | -                | -   |
| TOTAL           | 50               | 100 |

TABELA 2. Distribuição das parturientes segundo o estado civil.

| ESTADO CIVIL                   | No. Parturientes |     |
|--------------------------------|------------------|-----|
|                                | f                | %   |
| Casada (de fato ou de direito) | 38               | 76  |
| Solteira                       | 9                | 18  |
| Separada                       | 2                | 4   |
| Viúva                          | 1                | 2   |
| TOTAL                          | 50               | 100 |

TABELA 3. Distribuição das parturientes segundo escolaridade.

| ESCOLARIDADE              | No. Parturientes |     |
|---------------------------|------------------|-----|
|                           | f                | %   |
| Sem escolaridade          | 1                | 2   |
| 1o. grau completo         | 1                | 2   |
| 1o. grau incompleto       | 41               | 81  |
| 2o. grau completo         | 5                | 10  |
| 2o. grau incompleto       | 2                | 4   |
| curso superior completo   | -                | -   |
| curso superior incompleto | -                | -   |
| TOTAL                     | 50               | 100 |

TABELA 4. Distribuição das parturientes segundo o exercício de atividade profissional.

| EXERCÍCIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL | No. Parturientes |     |
|-------------------------------------|------------------|-----|
|                                     | f                | %   |
| Sim                                 | 23               | 46  |
| Não                                 | 27               | 54  |
| TOTAL                               | 50               | 100 |

TABELA 5. Distribuição das parturientes segundo a atividade profissional exercida na gravidez

| ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA NA GRAVIDEZ | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Diarista                                    | 19               | 38  |
| Outros                                      | 4                | 8   |
| Não exerceu atividade profissional          | 27               | 54  |
| TOTAL                                       | 50               | 100 |

TABELA 6. Distribuição das parturientes segundo o número de horas de exercício de atividade profissional.

| No. DE HORAS DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Menos de 20 horas semanais                          | 2                | 4   |
| De 20 a 40 horas semanais                           | 19               | 38  |
| + de 40 horas semanais                              | 2                | 4   |
| Não exerceu atividade profissional                  | 27               | 54  |
| TOTAL   | 50               | 100 |

TABELA 7. Distribuição por trimestre, do exercício profissional das parturientes durante a gravidez.

| EXERCÍCIO PROFISSIONAL POR TRIMESTRE DURANTE A GRAVIDEZ | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Primeiro trimestre                                      | 2                | 4   |
| Primeiro e segundo trimestres                           | 3                | 6   |
| Todos os trimestres                                     | 18               | 36  |
| Não exerceu atividade profissional                      | 27               | 54  |
| TOTAL   | 50               | 100 |

TABELA 8. Distribuição das parturientes segundo a renda familiar.

| RENDA FAMILIAR            | No. Parturientes |     |
|---------------------------|------------------|-----|
|                           | f                | %   |
| Sem remuneração           | 3                | 6   |
| 1 salário mínimo          | 5                | 10  |
| 1 salário mínimo e meio   | 3                | 6   |
| 2 a 3 salários mínimos    | 25               | 50  |
| 3 salários mínimos e meio | -                | -   |
| 4 salários mínimos ou +   | 14               | 28  |
| TOTAL                     | 50               | 100 |

TABELA 9. Distribuição das parturientes segundo a idade da primeira gravidez.

| IDADE DA PRIMEIRA GRAVIDEZ | No. Parturientes |     |
|----------------------------|------------------|-----|
|                            | f                | %   |
| até 16 anos                | 11               | 22  |
| 17-19 anos                 | 17               | 34  |
| 20-34 anos                 | 21               | 42  |
| 35-39 anos                 | 1                | 2   |
| 40 anos ou +               | -                | -   |
| TOTAL                      | 50               | 100 |

TABELA 10. Distribuição das parturientes segundo a paridade (número de filhos vivos).

| PARIDADE                  | No. Parturientes |     |
|---------------------------|------------------|-----|
|                           | f                | %   |
| Primípara (1)             | 20               | 40  |
| Multípara (2 a 4)         | 28               | 56  |
| Grande múltipara (5 ou +) | 2                | 4   |
| TOTAL                     | 50               | 100 |

TABELA 11. Distribuição das parturientes segundo o intervalo de nascimento do último filho em relação ao anterior, em anos.

| INTERVALO INTERPARTO    | No. Parturientes |     |
|-------------------------|------------------|-----|
|                         | f                | %   |
| Menor ou igual a 2 anos | 4                | 8   |
| Maior que 2 anos        | 26               | 52  |
| Primíparas              | 20               | 40  |
| TOTAL                   | 50               | 100 |

TABELA 12. Distribuição das parturientes segundo o planejamento da última gestação.

| PLANEJAMENTO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO | No. Parturientes |     |
|---------------------------------|------------------|-----|
|                                 | f                | %   |
| Foi planejada                   | 20               | 40  |
| Não foi planejada               | 30               | 60  |
| TOTAL                           | 50               | 100 |

TABELA 13. Distribuição das parturientes de acordo com o uso de métodos anticoncepcionais, antes da última gravidez.

| USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ANTES DA ÚLTIMA GRAVIDEZ | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Sim   | 33               | 66  |
| Não   | 17               | 34  |
| TOTAL   | 50               | 100 |

TABELA 13A. Distribuição das parturientes de acordo com o tipo de métodos anticoncepcionais usados antes da última gravidez.

| TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS ANTES DA ÚLTIMA GRAVIDEZ | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Pílula  | 26               | 52  |
| Tabela Ogino-Knaus  | 7                | 14  |
| Não usou  | 17               | 34  |
| TOTAL   | 50               | 100 |

TABELA 13b. Distribuição das parturientes de acordo com o motivo do não uso de métodos anticoncepcionais antes da última gravidez.

| MOTIVO DO NÃO USO DE<br>METODOS ANTICONCEPCIONAIS<br>ANTES DA ÚLTIMA GRAVIDEZ | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Queria engravidar   | 11               | 22  |
| Não conhecia  | 6                | 12  |
| Usou  | 33               | 66  |
| TOTAL   | 50               | 100 |

TABELA 14. Distribuição das parturientes segundo o desejo de maiores informações sobre métodos anticoncepcionais.

| DESEJO DE MAIORES INFORMAÇÕES<br>SOBRE METODOS ANTICONCEPCIONAIS | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Sim  | 43               | 86  |
| Não  | 7                | 14  |
| TOTAL  | 50               | 100 |

TABELA 15. Distribuição das parturientes segundo as principais intercorrências clínicas durante a gravidez.

| INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS        | No. Parturientes |     |
|---------------------------------|------------------|-----|
|                                 | f                | %   |
| Anemia                          | 22               | 44  |
| Toxemia gravídica               | 5                | 10  |
| Placenta prévia                 | 2                | 4   |
| Descolamento prematuro placenta | 1                | 2   |
| Ausência de intercorrências     | 20               | 40  |
| TOTAL                           | 50               | 100 |

TABELA 16. Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre os efeitos de intercorrências clínicas na gravidez sobre o feto.

| OPINIÃO SOBRE<br>INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ<br>E SEUS EFEITOS SOBRE O FETO | Parturientes |     |
|--|--------------|-----|
|  | f            | %   |
| Prejudica a saúde/causa excepcionalidade   | 12           | 24  |
| Prejudica a saúde/não causa excepcionalidade   | 36           | 72  |
| Não prejudica a saúde/causa excepcionalidade   | -            | -   |
| Não prejudica a saúde/não causa excepcional.   | -            | -   |
| Não sabe   | 2            | 4   |
| TOTAL  | 50           | 100 |



TABELA 17. Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre o uso de fumo, álcool e drogas na gravidez e seus efeitos sobre o feto.

| OPINIÃO SOBRE O USO DO FUMO, ALCOOL E DROGAS E SEUS EFEITOS SOBRE O FETO | Parturientes |     |
|--|--------------|-----|
|  | f            | %   |
| Prejudica a saúde/causa excepcionalidade                                 | 14           | 28  |
| Prejudica a saúde/não causa excepcionalidade                             | 34           | 68  |
| Não prejudica a saúde/causa excepcionalidade                             | -            | -   |
| Não prejudica a saúde/não causa excepcional.                             | -            | -   |
| Não sabe   | 2            | 4   |
| TOTAL  | 50           | 100 |

TABELA 19. Distribuição das parturientes segundo o comparecimento à assistência pré-natal.

| COMPARECIMENTO À ASSISTÊNCIA PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Sim                                    | 47               | 94  |
| Não                                    | 3                | 6   |
| TOTAL                                  | 50               | 100 |

TABELA 20. Distribuição das parturientes segundo o motivo do comparecimento à assistência pré-natal

| MOTIVO DO COMPARECIMENTO À ASSISTÊNCIA PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Garantir a saúde da mãe e do bebê                | 42               | 84  |
| Garantir hospital no parto                       | 5                | 10  |
| Não compareceram ao pré-natal                    | 3                | 6   |
| TOTAL  | 50               | 100 |

TABELA 20a. Distribuição das parturientes segundo o motivo do não comparecimento à assistência pré-natal.

| MOTIVO DO NÃO COMPARECIMENTO À ASSISTÊNCIA PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Falta de tempo                                       | 1                | 2   |
| Não conhecia   | 2                | 4   |
| Compareceu   | 47               | 94  |
| TOTAL  | 50               | 100 |

TABELA 21. Distribuição das parturientes segundo a sua opinião sobre a frequência ao pré-natal e seu efeito sobre o feto.

| OPINIÃO SOBRE A<br>FREQUÊNCIA AO PRE-NATAL E<br>SEU EFEITO SOBRE O FETO. | Parturientes |     |
|--|--------------|-----|
|  | f            | %   |
| Previne a excepcionalidade   | 16           | 32  |
| Não previne a excepcionalidade   | 33           | 66  |
| Não sabe   | 1            | 2   |
| TOTAL  | 50           | 100 |

TABELA 22. Distribuição das parturientes segundo o trimestre de gestação em que iniciou a assistência pré-natal.

| INICIO DO PRE-NATAL          | No. Parturientes |     |
|------------------------------|------------------|-----|
|                              | f                | %   |
| Primeiro trimestre           | 33               | 66  |
| Segundo trimestre            | 13               | 26  |
| Terceiro trimestre           | 1                | 2   |
| Não frequentaram o pré-natal | 3                | 6   |
| TOTAL                        | 50               | 100 |

TABELA 23. Distribuição das parturientes segundo o número de consultas realizadas na assistência pré-natal.

| No. DE CONSULTAS NO PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|-------------------------------|------------------|-----|
|                               | f                | %   |
| Cinco ou menos consultas      | 18               | 36  |
| Seis ou mais consultas        | 29               | 58  |
| Nenhuma (não compareceu)      | 3                | 6   |
| TOTAL                         | 50               | 100 |

TABELA 24. Distribuição das parturientes segundo o tempo de espera no serviço de assistência pré-natal.

| TEMPO DE ESPERA NO PRE-NATAL | No. Parturientes |     |
|------------------------------|------------------|-----|
|                              | f                | %   |
| Até 30 minutos               | 11               | 22  |
| 1 hora                       | 1                | 2   |
| 1 hora e meia                | 8                | 16  |
| 2 horas                      | 5                | 10  |
| Mais de 2 horas              | 22               | 44  |
| Não frequentaram o pré-natal | 3                | 6   |
| TOTAL                        | 50               | 100 |

TABELA 25. Distribuição das parturientes segundo a informação recebida do médico e/ou enfermeira sobre o porquê da realização de exames de sangue e urina, controle de peso e medida da pressão.

| INFORMAÇÃO RECEBIDA DO MEDICO<br>E/OU ENFERMEIRA DURANTE O<br>PRÉ-NATAL | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Enfermeira sim/médico sim   | 2                | 4   |
| Enfermeira sim/médico não   | -                | -   |
| Enfermeira não/médico sim   | 4                | 8   |
| Enfermeira não/médico não   | 41               | 82  |
| Não frequentou o pré-natal  | 3                | 6   |
| TOTAL   | 50               | 100 |

TABELA 26. Distribuição das parturientes segundo a formulação de perguntas ao médico na assistência pré-natal.

| FORMULAÇÃO DE PERGUNTAS AO MEDICO<br>NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Conseguiu perguntar   | 17               | 34  |
| Não conseguiu perguntar                                       | 30               | 60  |
| Não frequentou o pré-natal                                    | 3                | 6   |
| TOTAL   | 50               | 100 |

TABELA 28. Distribuição das parturientes segundo o entendimento do modo de falar do médico durante a assistência pré-natal.

| ENTENDIMENTO DO MODO DE FALAR<br>DO MEDICO | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Falam coisas fáceis de entender            | 18               | 36  |
| Falam coisas difíceis de entender          | 27               | 54  |
| Não sei                                    | 2                | 4   |
| Não frequentaram o pré-natal               | 3                | 6   |
| TOTAL                                      | 50               | 100 |

TABELA 29. Distribuição das parturientes segundo a necessidade de orientação para suas dúvidas e incertezas durante a gestação.

| NECESSIDADE DE ORIENTAÇÃO<br>PARA DÚVIDAS E INCERTEZAS | No. Parturientes |     |
|--|------------------|-----|
|  | f                | %   |
| Sim- sentiram necessidade                              | 48               | 96  |
| Não- não sentiram necessidade                          | 2                | 4   |
| TOTAL  | 50               | 100 |

TABELA 29a. Distribuição das parturientes segundo as pessoas a quem recorreram para obter orientação para suas dúvidas e incertezas durante a gestação.

| PESSOAS A QUEM RECORRERAM<br>PARA OBTER ORIENTAÇÃO<br>NA GESTAÇÃO | No. Parturientes |     |
|---|------------------|-----|
|   | f                | %   |
| Parentes  | 18               | 36  |
| Amigas  | 18               | 36  |
| Médico  | 7                | 14  |
| Outros  | 7                | 14  |
| TOTAL   | 50               | 100 |

TABELA 31. Distribuição dos recém-natos segundo a vitalidade fetal.

| VITALIDADE FETAL | No. Recém-natos |     |
|------------------|-----------------|-----|
|                  | f               | %   |
| Nativivo         | 47              | 94  |
| Natimorto        | 3               | 6   |
| Neomorto         | -               | -   |
| TOTAL            | 50              | 100 |

TABELA 32. Distribuição dos nascimentos segundo o tempo gestacional.

| TEMPO GESTACIONAL | No. Nascimentos |     |
|-------------------|-----------------|-----|
|                   | f               | %   |
| A termo           | 48              | 96  |
| Prematuro         | 2               | 4   |
| TOTAL             | 50              | 100 |

TABELA 32a. Distribuição das recém-nascimentos segundo o peso ao nascer.

| PESO AO NASCER (em gramas) | No. Recém-nascidos |     |
|----------------------------|--------------------|-----|
|                            | f                  | %   |
| Menos de 2.501 g           | 6                  | 12  |
| 2.501 - 3.000 g            | 19                 | 38  |
| Mais de 3.000 g            | 25                 | 50  |
| TOTAL                      | 50                 | 100 |

TABELA 33. Distribuição das parturientes segundo o tipo de parto.

| TIPO DE PARTO       | No. Parturientes |     |
|---------------------|------------------|-----|
|                     | f                | %   |
| Normal              | 30               | 60  |
| Cesárea             | 17               | 34  |
| Normal, com fórceps | 3                | 6   |
| TOTAL               | 50               | 100 |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABCEDE, J.C. As Américas: alteram-se os padrões. A Saúde do Mundo, Genebra : OMS, jun. 1984. p. 21-23.
- 2 ABDELMOUMENE, M. A saúde em primeiro lugar. A Saúde do Mundo, Genebra : OMS, nov. 1988. p. 3.
- 3 ACTON, N. Deficiência no terceiro mundo. O Correio da Unesco, Rio de Janeiro, v.9, n.3, mar.1981. p.25-28.
- 4 ADISESHIAM, M. L'éducation permanente. Paris : UNESCO, 1970.
- 5 AHOOJA-PATEL, K. Cansaco. A Saúde do Mundo, Genebra:OMS, jun. 1980. p. 14-15.
- 6 ALMEIDA, P. A. M. et al. Influência da altura e ganho de peso maternos e da idade gestacional sobre o peso do recém-nascido (estudo de 3 grupos de gestantes normais). J. Bras. Ginecol., v.81, n.3, 1976. p.111-120.
- 7 ALONSO-FERNANDEZ, F. Alcoholismo y deficiencia mental. Boletín Instituto Interamericano del niño, v. 225, ene. jun. 1986. p.49-55.
- 8 ALTIMIR, O. La dimensión de la pobreza en América Latina. Cuadernos de la CEPAL, Santiago, 1979.
- 9 ARENO, F.B. Contribuição ao estudo da antropometria do recém-nascido. São Paulo, 1984, 83 p. Dissertação, Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- 10 ARNAUD, M. M. A mulher e o cigarro. A Saúde do Mundo. Genebra: OMS, fev. mar. 1980. p. 23-25.

- 11 BARROS, A. C.S.D. et al. Gestantes de pelo menos 45 anos de idade. Considerações sobre 40 casos. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, v. 94, 1984, p. 33-36.
- 12 BASKETT, T. F. Grand multiparity. A continuing threat: a 6 - year review. CMA Journal, 1979.
- 13 BERELSON, B. 18-35 in place of 15-45? Report Population Council, New York, 1971. . p. 19-27.
- 14 BOERSMA, E. R. Atención Perinatal en seis países del Caribe. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OMS, v. 99, n. 2, ago. 1985. p. 138-a43.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de Mortalidade: Brasil: 1979. Brasília, Centro de Documentação, 1982. 355 p.
- 16 ----- . Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de Mortalidade: Brasil: 1980. Brasília, Centro de Documentação, 1983. 354 p.
- 17 BRYAN, E.M.; NICHOLSON, E. Congenital syphilis. A study of physical and biochemical aspects. Clin. Ped, v. 20, 1981.
- 18 BUTLER, N.R.; BONHAM, D.G. Perinatal Mortality. Livingstone: Edinburg E.S., 1963.
- 19 CABRAL, A. C. V. et al. Gravidez e adolescência. Jornal Brasileiro de Ginecologia, v. 95, n. 6, jun. 1985, p. 251-253.

- 20 CALANDRA, D. et al. Ecologia embrionaria y fetal. Buenos Aires : Panamericana, 1975.
- 21 CAMANO, L. et al. Placenta Prévia. In: DELASCIO, D. Síndromes hemorrágicas da gestação. São Paulo: Sarvier, 1977.
- 22 CAPLAN, G. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- 23 CARDOSO, M.A. et al. Síndrome fetal pelo álcool. Femina, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 1988. p. 511-512.
- 24 CASPI, E.; LIFSHITZ, Y. Delivery at 40 years of age and over. Ir. J. Med. Scie., n. 15, 1979. p. 418-421.
- 25 CHELALA, C. Gravidez em adolescentes nas Américas. A Saúde do Mundo, Genebra, jun. 1988. p. 22-23.
- 26 CLARREN, S. K.; SMITH, D. W. The fatal alcohol syndrome. J. Med., New England, v. 298, 1978. p. 1060.
- 27 COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA. Avaliação das Condições de eficiência dos Serviços de Atenção Materno-infantil. Curitiba, 1989.
- 28 ----- . Assistência Obstétrica em Curitiba. Relatório, 1990.
- 29 COSTA, C. F.F. et al. Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida. Estudo de 83 casos. J. Bras. Ginecol., v. 99, n. 10, 1989. p. 447-450.
- 30 CUNHA, S. P. et al. Assistência pré-natal à gestante Rh negativo. J. Bras. Ginecol., v. 81., n. 4, 1976. p. 181-184.



- 31 -----. Pré-eclâmpsia. IV- Aspectos pediátricos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., vol. II, n. IV, out.nov.dez. 1981. p. 95-98.
- 32 DARZE, E. A. A adolescente e sua saúde reprodutiva. Desempenho obstétrico na primigrávida em idade igual ou menor do que 16 anos. Rev. Bras. Ginecol. v.11, n.4, abr.1989. p. 64-69.
- 33 DAVIDS, A.; ROSENGREN, W. R. Social stability and psychological adjustment during pregnancy. Psychosom. Med., v. 21, 1962. p. 579-83.
- 34 DAY, R. L. Factors influencing off spring number of children, interval between pregnancies, and age of parents. Am. J. Dis. Child., v. 113, 1967. p.179-185.
- 35 DEVI, P. K. Modelos tradicionais. A Saúde do Mundo. Genebra: OMS, jun. 1980. p. 6-9.
- 36 DOLNIKOFF, M. et al. Incidência da sífilis congênita. J. Bras. Ginecol., v. 81, n. 6, 1976. p. 261-263.
- 37 DOTT, A.B.; FORT, A.T. Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 125, 1976. p. 532-536.
- 38 DUARTE, G. et al. Sífilis e gravidez. Ainda um problema. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., n. 3, 1987. p. 75-78.
- 39 -----. Gestantes hipertensas e morte fetal. Análise de 171 casos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 10, n. 7, 1988. p.148-152.
- 40 DWYER, J.F. Teenage pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., vol. 118, n. 3, fev. 1974. p. 373-376.

- 41 FAUNDES, A. Meio ambiente e gravidez: agentes físicos e químicos que influem na gravidez. Femina, v.7, n. 1, jan. 1979. p. 38-45.
- 42 FALKNER, F. Anos Decisivos. A Saúde do Mundo, Genebra: OMS, fev. mar. 1979. p. 8-11.
- 43 GIBSON, D. Qual o meio para a mensagem? A Saúde do Mundo, Genebra: OMS, jan. 1979.
- 44 GRIMES, D.A.; GROSS, R. Pregnancy outcome in black women aged 35 and older. Obstet. Gynecol., v. 58, 1981. p. 614-620.
- 45 GRUNSPUN, H. Distúrbios psiquiátricos da criança. Rio Janeiro: Atheneu, 1985.
- 46 GUTHE, T. Doenças treponematosas. In: BEESON, P.B.; McDERMOTT, W. Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- 47 HAMMAD, A.E.B. Cooperação intersectorial em cuidados primários de saúde. A Saúde do Mundo, Genebra: OMS, 1986.
- 48 HAMMER, V. Há tantas iguais a ela! A Saúde do Mundo, Genebra : OMS, fev. mar. 1981. p. 33-35.
- 49 HAMMERMAN, S. Una estrategia para alcanzar lo inalcanzable. Noticias del Unicef, n. 105, 1980/83.
- 50 HANSHAW, J. B. Infecções pelo vírus citomegálico. In: BEESON, P.B.; McDERMOTT, W. Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977, p. 897-900.
- 51 HARTER, C. A.; BENERSCHKE, K. Fetal syphilis in the first trimestre. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 124, 1976. p. 705.

- 52 HOLLEY, W.L.et al. Efecto de la sucesión rápida de embarazos.In:Factores perinatales que afectan el desarrollo humano.Publicación Científica de la OPS,v.185, 1972.  
p. 41-44
- 53 HUNT, W. A. A fertilidade na adolescência.Popul. Rep., n. J, 1976. p. 10.
- 54 HUTZLER, R. U. Moléstias infecciosas e parasitárias na gestação. In:PEIXOTO, S. Pré-natal. São Paulo: Manole, 1981.
- 55 INGALL, D.; MUSHER, D. Syphilis. In: REMINGTON, J. S.; KLEIN, J.O.Infections diseases of the fetus and newborn infantil. Philadelphia : W.B.Saunders, 1983.
- 56 ISRAEL, S.L.; BLAZAR, A.S. Obstetric behavior of the mothers age to obstetric performance. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 91, 1965.
- 57 JELLIFFE, D. B. Evaluación del estadio de nutrición de la comunidad(con especial referencia a las encuestas en las regiones en desarrollo). Ginebra: OMS, 1968.(Serie de monografías, 53).
- 58 JONES, K. L.; SMITH, D. W. Lancet, v. 2, 1973. p. 999.
- 59 JONES, T.C. Toxoplasmose.In: BEESON, P.B.; McDERMOTT, W. Tratado de Medicina Interna.Rio de Janeiro:Interamericana, 1977. p. 651-656.
- 60 KIRZ, D.S. et al. Advanced maternal age: the mature gravida. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 152, 1985. p.7-12.

- 61 KIZER, S. Complicaciones obstétricas de la gran multi-  
para. Rev. Obstet. Ginecol., Venezuela, vol. 28,  
1968. p. 486-506.
- 62 KLEIN, L. Antecedentes del embarazo en adolescentes.  
Clin. Obstet. Gynecol. vol. 4, 1978. p. 1199.
- 63 KOREGORD, N. ; GENNSEN, G. Incidence and recurrence rate  
of abruptio placentae in Sweden. Obst. Gynecol., v.67,  
1986. p. 523.
- 64 LACOMME, M. Pratique Obstétricale. Paris: Masson, 1960.
- 65 LAURENTI, E; BUCHALLA, C.M. Estudo da Morbidade e da Mor-  
talidade Perinatal em Maternidades. II- Mortalidade Pe-  
rinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assis-  
tência pré-natal e hábito de fumar da mãe. Saúde Pú-  
blica, São Paulo, v. 19, n. 3, jun. 1985. p.225-232.
- 66 LECHTIG, A. et al. Maternal nutrition and fetal growth in  
developing countries. Am. J. Dis. Child, v.129, 1975.  
p. 553.
- 67 LING, G.M.; BOUTLE, S.A. A criança e as drogas. A Saú-  
de do Mundo, Genebra: OMS, jun. 1979. p. 10-13.
- 68 MAHLER, H. Criança sadia, futuro feliz. A Saúde do Mundo,  
Genebra: OMS, fev. mar. 1979. p. 2.
- 69 ----- . Saúde para todos, preocupação de cada um. A Saú-  
de do Mundo, Genebra: OMS, abr. mai. 1983. p. 2-4.
- 70 ----- . Saúde para todos, todos para a saúde. A Saúde do  
Mundo. Genebra: OMS, jan. fev. 1988. p. 3-4.
- 71 MAIR, L. A mulher, a saúde e o desenvolvimento. A Saúde  
do Mundo, Genebra: OMS, jun. 1980. p. 3-5.

- 72 MARCHETTI, A. A.; MENAKER, J. S. Pregnancy and the adolescent. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 59, n. 5, may 1950. p. 1013-20.
- 73 MARTINEZ, M. J. La revolución demográfica en México, 1970-1980. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Jefatura de Planificación Familiar, México, 1982.
- 74 MARTIN, E. C. El intervalo entre nacimientos y el desarrollo de los niños de 9 años en Singapur. Boletín Médico de IPPE, v. 12, n. 3, 1978.
- 75 MATHIAS, L. et al. Gravidez na adolescência. IV - Idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. Jornal Brasileiro de Ginecologia, v. 95, n. 4, abr. 1985. p. 141-143.
- 76 MATHIAS, L.; NOBILE, L. Considerações sobre o ciclo grávido-puerperal na adolescência. RBGO, v.8, n. 6, nov. dez. 1986. p. 252-256.
- 77 McDONALD, R.L.; CHRISTAKOS, A.C. Relationship of emotional adjustment during pregnancy to obstetric complications. Amer. J. Obstet. Gynec., v. 86, 1963, p.341-8.
- 78 McGRAW, M. B. Motivation of behavior. In: CARMICHAEL, L. Manual of child psychology. New York : Wiley, 1946. p. 332-369.
- 79 MEHEUS, A. Bebês em risco. A Saúde do Mundo. Genebra: OMS, nov. 1986. p. 22.

- 80 NEME, B.; ZUGAIB, M. Toxemias tardias da prenhez pré-eclâmpsia e eclâmpsia. In: REZENDE, J. Obstetrícia. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1987.
- 81 MEYER, M.B. Fumo e gravidez. In: NIEBYL, J.R. Uso de drogas na gravidez. São Paulo:Roca, 1983. p. 143-166.
- 82 MILLER, H.C. et al. Fetal growth retardation in relation to maternal smoking and weight gain in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 125, 1976. p. 125-155.
- 83 MINDEL, A.; ADLER, M. W. Herpes genital. Zovirax. São Paulo: Wellcome Divisão Médica, 1984.
- 84 MONETTI, V. et al. Fundamentos da Assistência Pré-natal. Instituto de Saúde. São Paulo, n. 12, 1971.
- 85 MONROY DE V., A.; MORALES, G. M. La fecundidad adolescente y la planificación familiar. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. México, 1986.
- 86 MONROY DE V., A. et al. Encuesta de jóvenes sobre salud sexual y reproductiva en dos delegaciones de la Ciudad de México. Congreso de Psicología Social. Tlaxcala, México, 1986.
- 87 -----. Relaciones sexuales y uso de anticonceptivos en adolescentes. In: Orientación sexual: contenido didáctico del curso básico personal multidisciplinario. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, México, 1985.
- 88 MONTELEONE, P. P.R.; CAMANO, L. Toxoplasmose e gravidez. Femina, Rio de Janeiro, v. 8, 1987. p. 97.

- 89 -----. Infecções pré-natais. Jornal Brasileiro de Medicina, Curso de Obstetrícia, ed. suplementar, s.d. p. 21-22.
- 90 MORENO, E.M. et al. Crianças da América Latina e das Antilhas. A Saúde do Mundo. Genebra:OMS, out. 1987.
- 91 MORON, A. F. et al. Gestação em mulheres com 40 anos ou mais:análise de variáveis maternas e do recém-nascido. Revista Paulista de Medicina, v. 107, n. 4,5,6, jul. dez. 1989. p. 203-211.
- 92 MURTHY, R.S.S. Cobrindo os desamparados. A Saúde do Mundo, Genebra: OMS, dez. 1977. p. 22-27.
- 93 NAEYE, R. L. Teenaged and pre-teenaged pregnancies: consequences of the fetal-maternal.Competition for nutrients. Pediatrics, v.67, n. 1, jan. 1981. p. 146-150.
- 94 -----. Abruptio placentae and placenta previa:frequency, perinatal mortality, and cigarette smoking. Obstet. Gynec., v. 55, 1980. p. 701-705.
- 95 -----. Influence of maternal cigarette smoking during pregnancy on fetal and childhood growth. Obstet. Gynecol., v. 57, 1981. p. 18.
- 96 NAKAJIMA, H. A saúde em primeiro lugar. A Saúde do Mundo, Genebra : OMS, nov. 1988.
- 97 NEME, B. ; ZUGAIB, M. Toxemias tardias da prenhez pré-eclâmpsia. In: REZENDE, J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

- 98 NEME, B. et al. Fundamentos fisiopatológicos do tratamento do descolamento prematuro da placenta. Considerações em torno de 451 casos. Rev. Ginecol. Obstet. v. 112, 1963. p. 35
- 99 NESTAREZ, J.E. et al. Gravidez na adolescência. II-Estudo comparativo entre gestantes de 9 a 15 anos, 16 e 17 anos. J. Bras. Ginecol., v. 95, n. 3, mar. 1985. p. 93-96.
- 100 NEWTON, R. W. et al. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. Brit. Med. J., v. 2, 1979. p. 411-413.
- 101 ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. La Prevención de la morbilidad y de la mortalidad perinatales. Cuadernos de la Salud Publica, Ginebra, n. 42, 1972.  
-----, Comité d'experts de la maternité. Premier rapport, Genève, 1952.
- 102 -----, A Saúde do Mundo. Genebra, fev. 1980.
- 103 -----, -----, Genebra, abr. 1981. p. 30.
- 104 -----, -----, Genebra, jun. 1983. p. 30
- 105 -----, -----, Genebra, mai. 1984. p. 4
- 106 -----, -----, Genebra, jan. fev. 1986. p. 30
- 107 -----, -----, Genebra, nov. 1986. p. 31.
- 108 PAKTER, J. et al. Out-of-wedlock births in New York City: sociological aspects. Amer. J. Publ. Hlth., v. 151, 1961. p. 683-696.



- 109 PASAMANICK, B.; LILIENFELD, A.M. Association of maternal and fetal factors with development of mental deficiency. 1. Abnormalities in the prenatal and perinatal periods. Journ. of the American Medical Association, v. 159, 1955. p. 155-160.
- 110 PEIXOTO, S. Pré-natal. São Paulo: Manole, 1981.
- 111 PEREZ-SEGURA, J. Perinatología del embarazo en la adolescente. Revista de Pediatría, v. 48, n. 2, 1981. p. 79.
- 112 PETROS-BARVAZIAN, A. Planejamento familiar: uma medida preventiva de saúde. A Saúde do Mundo, Genebra: OMS, jun. 1984. p. 4-7.
- 113 PINOTTI, J.A. et al. Reprodução-Contracepção-Saúde-Abordagem intersectorial. Revista do IMIP, Pernambuco, v. 2, mar. 1988. p. 56.
- 114 PINTO E SILVA, J.L. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. Campinas, 1982. Tese, Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.
- 115 PORTO, A.G.M. et al. Influência da gestação no hábito de fumar. RBGO, v. 11, n. 8, ago. 1989. p. 147-150.
- 116 PUFFER, R.R.; SERRANO, C. U. El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento: tres importantes determinantes de la mortalidad infantil. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, OMS, 1975. (Publicación científica n. 294).

- 117 QUEIROZ, E. A. Aspectos farmacológicos do organismo em desenvolvimento. In: LIPPI, J.R.S. ; CRUZ, A. R. Psiquiatria infantil. Estudo multidisciplinar. Belo Horizonte: ABENEPI, 1987. p. 203-221.
- 118 RAMOS, J.L.A.;LEONE,C.R.O recém-nascido de baixo peso. São Paulo: Sarvier, 1986.
- 119 RAMOS, J.L.A. et al. Sífilis. In: PENNA, H.A.O.; OSELKA, G.W. Doenças infecto-contagiosas e parasitárias em pediatria. São Paulo : Sarvier, 1978. p. 1009-1010.
- 120 -----. Infecções neonatais.In: MARCONDES, E. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier, 1985. p.414.
- 121 RASSEKH, S.; VAIDEANU, G. Les contenus de l'éducation. Perspectives mondiales d'ici a l'an 2000.Paris:UNESCO, 1987.
- 122 REZENDE, J. Assistência à gestante no Brasil. J. Bras. Ginecol., v. 81, n. 1, jan. 1976. p. 2.
- 123 -----. Obstetrícia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987.
- 124 REZENDE, J.; JUNQUEIRA,P.C. Doença hemolítica perinatal. In: REZENDE,J. Obstetrícia. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1987. p. 615-634.
- 125 REZENDE, J.;MONTENEGRO, A.B. Doenças infecciosas e parasitárias. Aspectos clínicos. In: REZENDE,J.Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.399-416.

- 126 -----. Efeitos iatrogênicos de medicamentos. In: REZENDE, J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 417-435.
- 127 RICARDO, A.F. et al. A grande múltipara - Estudo de 1939 casos. J. Bras. Ginecol., v. 84, n.1, 1977. p.23-34.
- 128 ROSSI, E. A. et al. Eclâmpsia. Estudo de 51 casos da Maternidade N.S. de Lourdes. J. Bras. Ginecol., v. 81, n. 4, 1976. p. 159-170.
- 129 RYAN, J. Promessa é dívida. O Correio da Unesco, n. 9, set. 1990. p. 4-6.
- 130 SARREL, P.M.; DAVIS, D. The young unwed primipara. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 95, n. 5, jul. 1966. p. 722-725.
- 131 SAXTON, D.W. The behavior of infants whose mothers smoke in pregnancy. Early Hum. Dev., v. 2, 1978. p.363.
- 132 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Prematuridade e insuficiência ponderal do recém-nascido: aspectos médico-sanitários. São Paulo, Instituto de Saúde, 1987. 107p. (Instituto de Saúde, publicação n. 32. Série D, Divisão de Saúde Materna e da Criança, n. 13).
- 133 SENDEROWITZ, J.; PAXMAN, J. Adolescent fertility: worldwide concerns. Population Bulletin. Population Reference Bureau, v. 40, n. 2, 1985.
- 134 SERRANO, C.V. Salud de la mujer y de la familia en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1984. (Publicación científica no. 461). p.194-219.

- 135 SEVER, L.J. Rubéola congênita. Clinica de Perinatologia, n. 1, 1980. p. 161-167.
- 136 SILBER, T.J. El embarazo en adolescentes en Estados Unidos de América. In: Salud materno-infantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1984. (Publicación científica no. 461). p. 233-239.
- 137 SIQUEIRA, L. Dos direitos da família e do menor no contexto social. Rio de Janeiro: Benfam, s.d.
- 138 SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
- 139 SONTAG, L. W. The significance of fetal environmental differences. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 42, 1941.
- 140 SQUIER, R.; DUNBAR, F. Emotional factors in the course of pregnancy. Psychosomatic Medicine, v.8, 1946. p.161-175.
- 141 STANTON, E.F. Pregnancy after forty-four. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 71, 1956. p. 270-283.
- 142 SZARFARC, S.C. A anemia nutricional entre gestantes atendidas em Centros de Saúde do Estado de São Paulo (Brasil). Saúde Pública, v. 19, n. 5, out. 1985. p.450-7.
- 143 TELFORD, C.W.; SAWREY, J. M. O indivíduo excepcional. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- 144 TRILLA, J. Educación fuera de la escuela. Barcelona: Planeta, 1985.

- 145 TYRER, L. B. Complications of teenage pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol., v. 21, n. 4, dec. 1978. p. 1135.
- 146 UBERTI, E.M.H. et al. Prevenção da rubéola congênita: importância da pesquisa de anticorpos contra rubéola em mulheres na idade fértil. AMRIGS, Porto Alegre, v.31, n. 2, abr. jun. 1987. p. 97-100.
- 147 UNESCO. Recomendación relativa al desarrollo de la Educación de Adultos. XIX Conferencia General, Nairobi, out. nov. 1976.
- 148 ----- Réunion internationale d'experts sur la mise en oeuvre des principes de l'éducation permanente dans les Etats membres: bilan et perspectives. ED-83/CONF, Hambourg, 1983.
- 149 UNICEF/IBGE. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Brasília, 1982.
- 150 ----- Notícias, n. 105, 1980/3. p. 9.
- 151 ----- Situação Mundial da Infância. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, 1989.
- 152 UZCATEGUI, R.G. Factores psicosociales y atención primaria de salud a la madre y al niño. In: Salud materno-infantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1984. (Publicación científica n.461).
- 153 VALENTE, C.A. et al. Assistência pré e perinatal à mãe adolescente. J. Bras. Ginecol., v. 83, n. 5, mai. 1977. p. 229-235.

- 154 VIDAL, C. Medicina Comunitaria. Nuevo enfoque de la medicina. Educación Médica y Salud, v. 9, 1975.
- 155 VIEDMA, C. Um novo estado de espírito. A Saúde do Mundo, Genebra: OMS, jun. 1980.
- 156 -----. Atlas de Saúde e Nutrição. A Saúde do Mundo. Genebra: OMS, mai. 1988.
- 157 VIGGIAND, M.G.C. et al. O recém-nato de muito baixo peso. J. Bras. Ginec., v.99, n. 10, 1989. p. 437-446.
- 158 VITERI, F.E. Nutrição de la mujer. Nuevos enfoques em relación con la maternidad. In: Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1984. (Publicación científica no. 461). p. 95-104.
- 159 VITIELLO, N. Gestação em adolescentes de bom nível sócio-econômico. 1985, mimeo. Trabalho apresentado no III Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil Central, Cuiabá, 1985.
- 160 WILSON, J. Construção contra a rubéola. A Saúde do Mundo, Genbra : OMS, mar. 1985. p. 22-23.
- 161 WISHIK, S.M.; LICHTBAUM, N.S. The physical development of breastfed young children as related to close birth spacing, high parity and maternal undernutrition. Francisco: American Academy of Pediatrics, 1974.
- 162 YOUNG, D.D. et al. Experience with an adolescent pregnancy program. A preliminary report. Obstet. Gynecol., v. 50, 1977. p. 212.

- 163 ZABOLAI-CSEKME, E. O álcool e a mulher. A Saúde do Mundo, Genebra, ago. 1981. p. 9-11.
- 164 ZLATNIK, F.J.; BURMEISTER, L. F. Low gynecologic age: an obstetric risk factor. Am. J. Obstet. Gynecol., v.128, n. 2, may 1977. p. 183-86.